Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 104 Langdurige zorg

Nr. 132 **VERSLAG VAN EEN RONDETAFELGESPREK**

Vastgesteld 22 juni 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op donderdag 25 mei 2016 gesprekken gevoerd over **de kleinschalige zorg**.

Van deze gesprekken brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-34104-132
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

Voorzitter: Otwin van Dijk
Griffier: Clemens/Sjerp

Aanvang 10.00 uur.

Aanwezige leden: Bergkamp, Bisschop, Otwin van Dijk, Dik-Faber, Keijzer, Potters, Siderius en Voortman.

Blok 1: Zorgaanbieders

Gesprek met:
De heer J. de Vries (ActiZ)
Mevrouw I. Vriens (Initiatiefgroep «Wie het kleine niet eert...»)
Mevrouw A. Groenenberg (bestuurder van Huize Het Oosten te Bilthoven)
De heer J. Slagter
De heer W. Holleman (Zorginstelling de Drie Notenboomen)
Mevrouw C. van de Graaf van Baaren (Zorginstelling Altenastaete)
De heer R. van Dam (voorzitter RvB Careyn)

De **voorzitter**: Ik heet iedereen van harte welkom bij dit rondetafelgesprek over kleinschalige zorg. De opkomst is heel mooi, dus het is goed dat we in zo'n grote zaal zitten. Welkom aan de mensen op de publieke tribune. Ik zal zo mijn collega's even voorstellen. Ook welkom aan de mensen die dit rondetafelgesprek op een andere manier volgen, bijvoorbeeld via de hartstikke mooie app die we tegenwoordig hebben als Tweede Kamer, waarmee alle commissievergaderingen en hoorzittingen te volgen zijn. Ik zie camera's, dus ik heet ook de mensen welkom die dit later op wat voor manier dan ook via omroepen volgen.
Ik stel mijn collega's even voor. Naast mij zit de griffier, de heer Clemens. Daarnaast zitten mevrouw Siderius van de SP, de heer Bisschop van de SGP, mevrouw Bergkamp van D66, mevrouw Voortman van GroenLinks, mevrouw Keijzer van het CDA, mevrouw Dik-Faber van de ChristenUnie en de heer Potters van de VVD. Twee mensen hadden hier graag aanwezig willen zijn, maar konden dat helaas niet omdat ze ook nog andere verplichtingen hebben. Dat zijn de heer Krol van 50PLUS en mevrouw Agema van de PVV. De opkomst is al met al toch heel erg mooi.
Het is een mooi onderwerp, kleinschalige zorg. Het is een onderwerp dat ons allemaal ook aan het hart gaat. Dit gesprek vindt in het bijzonder plaats naar aanleiding van het initiatief «Wie het kleine niet eert...». Dat is een mooie oude spreuk: wie het kleine niet eert, is het grote niet weerd. De rondetafelgesprek vindt in twee ronden plaats. Ik geef als eerste het woord aan een van de initiatiefnemers van «Wie het kleine niet eert...», namelijk mevrouw Vriens. De mensen die hier aan tafel zitten krijgen de gelegenheid om in een aantal minuten kort toe te lichten hoe zij in het onderwerp staan. Daarna is er een mogelijkheid voor mijn collega's om een vraag te stellen. Aangezien de groep groot is – dat geldt zowel voor mijn collega's als voor onze gasten die aan tafel zitten – wil ik de collega's verzoeken om de vragen zo kort en bondig mogelijk te stellen en de persoon aan te wijzen aan wie ze die vraag stellen. Als iedereen erop moet reageren, redden we het niet in de anderhalf uur die hiervoor staat.

Mevrouw **Vriens**: Voorzitter. Wij zitten hier samen. Mevrouw Groenenberg en ik zijn allebei van «Wie het kleine niet eert...» en zitten hier vandaag namens 145 organisaties die Wlz-zorg (Wet langdurige zorg) in natura leveren met een omzet van rond de 10 miljoen of minder. Wij willen de leden van de Kamer graag drie stellingen met oplossingsrichtingen voorleggen en wij denken dat zij dan misschien iets voor ons kunnen betekenen.

De eerste stelling is: «Vele kleine organisaties hebben wachtlijsten. Dit legitimeert minimaal handhaving van hun bestaande capaciteit dan wel uitbreiding waar de wachtlijst dit vraagt en dat mogelijk is. Afbouw van plaatsen negeert de vraag van de cliënt.» Dit betekent dat wij de politieke partijen vragen zich ervoor in te zetten dat de kleine organisaties cliënten met een geldige indicatie moeten kunnen laten instromen tot 100% van hun capaciteit. Dit doet recht aan de cliënten die de keuze maken om bij die organisatie hun zorg te halen. Hierbij past geen fysieke afbouw van plaatsen. Deze plaatsen dienen beschikbaar te blijven voor de ombouw naar de hogere zzp's (zorgzwaartepakketten) of naar de vpt's (volledig pakket thuis).
De tweede stelling is: «Veel ouderen kiezen er bewust voor bij een unieke, onderscheidende zorgaanbieder te gaan wonen en zorg en begeleiding te ontvangen. Vergelijkbaar met de ouderen waarderen medewerkers ook de menselijke maat in de omvang van de kleine zorgorganisatie. Het gekend en gezien worden door de korte lijnen wordt zeer gewaardeerd.» Dit betekent dat wij de politieke partijen vragen een duidelijke keuze te maken voor het voortbestaan van deze organisaties en te stimuleren dat cliënten kunnen kiezen door een cliëntkiezende bekostiging mogelijk te maken, waardoor de cliënt echt zijn eigen keuze kan maken. Wij vragen partijen deze wijze van bekostiging uiterlijk in 2017 volledig te realiseren.
De derde stelling is: «De inkoop wijkverpleging gebaseerd op de populatiebekostiging vormt een extra bedreiging voor de keuzevrijheid van de cliënt en voor de kleine zorgorganisaties. Onderaannemerschap beperkt de ruimte voor de eigen identiteit en kracht, die voor de cliënt juist zo belangrijk is.» Dit betekent dat wij de politieke partijen vragen te realiseren dat zorgverzekeraars afspraken maken met kleine zorgaanbieders, waarbij de verzekeraar die cliënt die wenst te wonen en zorg te ontvangen in een aanleunwoning volgt. Dus geen plafond per zorgverzekeraar, omdat dit geen recht doet aan het soort thuiszorg in aanleunwoningen. Vanwege het vaststaande aantal aanleunwoningen, zal dit niet leiden tot een vergroting van het macrobudget. Dit betekent tevens dat de zorgaanbieder in het complex waar de cliënt voor kiest hoofdaanbieder is.

Mevrouw **Groenenberg**: Voorzitter. Wat kunnen politici en de Staatssecretaris concreet doen voor kleine organisaties? Wij pleiten voor het zo spoedig mogelijk invoeren van cliëntkiezende financiering, waardoor de keuzevrijheid van de cliënt wordt geborgd en deze dus zelf kan blijven beslissen waar hij of zij woont en zorg vraagt. Politici en de Staatssecretaris dienen zo mogelijk zorgkantoren en verzekeraars te verplichten om met kleine vitale zorgorganisatie capaciteits- en productieafspraken te maken die bijdragen aan het behoud en de bedrijfsvoering van deze organisaties, passend bij de wachtlijsten. Lichte zzp-plaatsen kunnen worden omgezet naar zware plaatsen, zodat die ene locatie op de langere termijn kan blijven voortbestaan. Zorgkantoren maken bij voorkeur meerjarige afspraken met kleine zorgaanbieders en VWS garandeert een meerjarenbudget hiervoor. De bestaande capaciteit mag voor 100% benut worden.
Daar waar in aanleunwoningen zorg wordt geleverd, wordt die op het aantal appartementen gemaximaliseerd. Dat betekent dat het aantal appartementen waarin zorg wordt verleend, leidend is en niet het aantal zorguren. Onderaannemerschap is geen optie, want de hoofdaannemer bepaalt hoe het moet. De cliënt krijgt dan niet de zorg die jij zou willen bieden en er ontstaat een dubbele administratieve last.
De macht van de zorgconsument moet versterkt worden middels keuzevrijheid bij de cliënt. De cliënt zal veelal kiezen voor unieke kwaliteit en kleinschalig georganiseerde zorg. Als geborgd is dat kleine en grote organisaties gelijke kansen krijgen in de zorgmarkt, kunnen de kleine organisaties die onderscheidende meerwaarde bieden voor de cliënten blijven voortbestaan. Onze oproep is: gooi niet het kind met het badwater

weg door kleinschaligheid te stimuleren bij grote organisaties en kleine organisaties die als voorbeeld hiervoor dienen te negeren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer De Vries.

De heer **De Vries**: Voorzitter. Allereerst waardering voor het feit dat de Kamer de tijd en ruimte neemt om over de kleine zorgaanbieders te spreken, naar aanleiding van het initiatief «Wie het kleine niet eert...». Dat uitgangspunt geldt overigens ook voor onze branchevereniging ActiZ. We hebben namelijk, zoals mevrouw Vriens al zei, in ons land en ook in onze vereniging een groot aantal kleine leden. We vergeten misschien weleens om dat in ogenschouw te nemen, maar 40% van de leden van ActiZ zijn kleine zorgaanbieders. Iedere maand komen er nieuwe leden en nieuwe initiatieven bij en dat zijn in alle gevallen kleine zorgaanbieders. Dat is heel belangrijk, omdat door die kleine zorgaanbieders ook het landschap van zorgaanbieders heel divers is. De pluriformiteit van het aanbod maakt het mogelijk voor degenen die zorg nodig hebben om een zorgaanbieder te kiezen die past bij hun voorkeur, bij hun identiteit of bij de cultuur die ze graag zien en nastreven. Dat is de reden dat wij als branchevereniging ActiZ heel graag zien dat de pluriformiteit en dat brede aanbod zo veel mogelijk in stand blijven. Daarom zijn wij – mevrouw Vriens en mevrouw Groenenberg zeiden het al – zo'n warm pleitbezorger van persoonsvolgende bekostiging. Dat maakt het namelijk mogelijk om uit de diversiteit te kunnen kiezen.
We zien dat het in het huidige systeem voor zorgvragers, voor cliënten, niet mogelijk is om de zorgaanbieder van hun eerste keuze werkelijk te kunnen kiezen. Dat raakt aan de vraag wat de kern van het vraagstuk is waar alle aanbieders en kleine zorgaanbieders in het bijzonder tegenaanlopen en wat hun kwetsbaarheid vergroot. Dat zit eigenlijk aan twee kanten, namelijk de inkoop en de rekening en verantwoording. In de inkoop zien we dat het in de langdurige zorg steeds lastiger wordt om goede afspraken te maken met de zorgkantoren en afspraken op maat te maken. Het is ingewikkeld voor zorgverzekeraars en zorgkantoren – dat begrijpen we ook wel, gezien het grote aantal aanbieders – om maatwerk te leveren in de zorginkoop. Het precies hetzelfde zien we overigens bij de inkoop wijkverpleging. Daar zien we dat het voor de zorgaanbieder heel goed zou zijn, juist om het specifieke zorgaanbod in stand te kunnen houden, om op maat afspraken te kunnen maken met het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Dat komt in het huidige systeem onvoldoende tot zijn recht. Op papier wordt wel gekozen voor een dialoogmodel met zorgaanbieders in de inkoop. In de praktijk – dat blijkt ook uit onze evaluatie – komt daar helaas onvoldoende van terecht.
Dan de rekening en verantwoording. Onze zorgaanbieders, alle leden, worden geconfronteerd met veel regeldruk, veel administratieve lasten. Dat is voor alle zorgaanbieders een probleem en in het bijzonder voor kleine zorgaanbieders, die met een relatief kleine bestaffing dezelfde taken moeten uitvoeren als de heer Van Dam en alle andere collega's die een grotere organisatie hebben en daarmee ook schaalvoordelen kunnen bereiken. Dat is een belangrijk uitgangspunt. Vandaar ons pleidooi om te kiezen voor persoonsvolgende bekostiging, waardoor de cliënt kan kiezen voor kleine en grote zorgaanbieders en daarmee de diversiteit van het aanbod in stand kan blijven. Het is vooral een groot pleidooi om ten aanzien van de inkoop en de verantwoording te komen tot vermindering van regeldruk, langjarige afspraken met zorgkantoren en zorgverzekeraars, en vooral afspraken op maat.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de heer Slagter.

De heer **Slagter**: Voorzitter. Ik zit hier een beetje als leek aan tafel. Ik ben omroepdirecteur. De aanleiding van mijn aanwezigheid is een optreden van de heer Ben Oude Nijhuis in het programma Pauw, waarin hij zijn beklag deed over het verpleeghuis waar zijn vrouw en ook de moeder van de Staatssecretaris woonde. We hebben toen een meldpunt geopend en in die week kwamen 1.400 meldingen binnen van mensen die zeiden: ook in het verpleeghuis waar mijn moeder of vader woont, zijn er wantoestanden. De goede niet te na gesproken, want dat wordt mij weleens verweten. We kunnen hier wel een heel mooi standbeeld oprichten voor alle goede dingen die er zijn, maar daarvoor ben ik hier niet.
We hebben toen besloten dat we weleens wilden ervaren wat het is om een woonvorm te vinden voor dementerende ouderen met zorgindicatie 5. Daar gaan we een documentaire over maken. Wellicht kan dat helpen, mede omdat Staatssecretaris Van Rijn heeft gezegd dat we meer naar kleinschaligheid toe moeten. Dat is waar dit kabinet op heeft ingestoken. Toen wij met dit avontuur begonnen – zo noem ik het maar even, maar het is een serieus avontuur – zijn we erachter gekomen dat het wel heel erg lastig is om zoiets van de grond te krijgen als particulier, als stichting zonder winstoogmerk.
Waar liepen we tegenaan? Dat was onder andere het gefinancierd krijgen van het pand dat wij op het oog hebben in Rotterdam. We hebben 60 woningcorporaties gebeld en die gaven allemaal niet thuis, op 4 na die nog wel ergens een braakliggend stuk grond hadden waar we dan eventueel gebruik van zouden kunnen maken. Dat paste niet in ons beleid. Wij wilden het midden in een woonwijk hebben, in zo'n omgeving en niet op een achteraf liggend stukje terrein. Wat gaven ze op als reden? Geen prioriteit, we hebben genoeg, we zien het niet zitten. Het waren 60 woningcorporaties. We hebben Minister Blok erop aangesproken en gevraagd hoe dat nu kan. We kennen allemaal een beetje de geschiedenis van een aantal woningcorporaties. Je zou dan denken dat ze wel iets goed te maken hebben. Hij zei juist dat het hun primaire taak is om dit voor elkaar te krijgen. Ze hebben het af laten weten.
Ik vind het schrijnend om hier vandaag te moeten zeggen dat wij op dit moment in gesprek zijn met een Belgisch pensioenfonds dat eventueel dit project zou willen financieren tegen een bepaald rendement. Waar zijn de Nederlandse pensioenfondsen, vraag ik me dan af. Waar zijn de woningcorporaties, die juist de taak hebben om dit mede mogelijk te maken? Het is mijn vraag aan u als politici om daar goed op toe te zien. Wat is nu primair de taak van een woningcorporatie? Hoe zou je dat van de grond kunnen tillen? Hoe kun je de woorden van Van Rijn, die zegt dat we naar kleinschaligheid moeten, gestalte geven? Het wordt enerzijds als beleid gepropageerd, terwijl anderzijds ook de overheid een terugtrekkende beweging maakt. Tegen ons wordt eigenlijk gezegd: zoek het maar uit, vind maar iemand. Nu zit ik binnenkort ergens in België te praten met een Belgisch pensioenfonds.
Een ander punt was de financieringsvorm. Waar kiezen we voor? We hebben gebeld naar een zorgkantoor. Dat zei off the record: u bent niet interessant voor ons, want wij kopen liever 200 bedden in dan 24. De vraag die ik aan u wil voorleggen is, of er geen sprake is van kartelvorming tussen zorg en vastgoed. Is het niet zo dat bepaalde instanties dat wellicht heel gemakkelijk voor elkaar krijgen, omdat het ons kent ons is met zorgverzekeraars? Ik vind dat een punt van zorg.
Het zorgkantoor zei dat het ons eigenlijk liever niet als klant had en adviseerde ons om het via het pgb te doen. We hebben met heel veel mensen uit het veld gesproken. Dat brengt administratieve lasten met zich mee die heel veel tijd kosten. Ik wil ervoor pleiten om te zorgen voor een toelatingstoets en om de administratieve lasten, als die helemaal in orde is, veel minder te laten zijn, zodat mensen niet 30% of 40% van hun tijd bezig zijn met het invullen van allerlei papieren. Ik wil er ook voor pleiten om goed te kijken. Ik heb heel veel partijen voorbij zien komen, bv'tjes en

noem het allemaal maar op, waar onder aan de streep aardig wat geld bleef hangen. Waar komt dat geld dan vandaan? Is dat pgb-geld dat verdiend wordt? Hoe zit dat precies? Ik pleit ervoor om daar wat strenger op toe te zien.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik merk dat er wat instemming is bij het publiek. Het wordt een beetje interactief op deze manier. Ik geef nu het woord aan de heer Holleman.

De heer **Holleman**: Voorzitter. Goedemorgen allemaal, namens Thomashuizen en Herbergiers in Nederland. Dat zijn kleinschalige woonvoorzieningen, net iets anders georganiseerd wellicht dan die van de andere aanwezigen hier aan tafel. Het gaat allemaal via het persoonsgebonden budget. Wij werken in een franchiseconstructie, waarbij de eigenaars, de zorgondernemers, hun eigen kleinschalige onderneming draaien en daar inpandig wonen. We zien dat dat heel korte lijnen oplevert en directe afspraken. Dat leidt tot minimale regeldruk en lasten. We zien een overheadpercentage van 4,5. Daardoor worden er op iedere euro zorg, iedere euro pgb, meer handen aan het bed geleverd.
Het afgelopen jaar en misschien wel de afgelopen anderhalf jaar – ik heb het al twee keer gehoord aan deze tafel, van de heer De Vries en ook van de heer Slagter – zien wij een toenemende regeldruk, met name vanuit overheden, om toch de verantwoording à la regulier te kunnen vastleggen. Dat legt een beslag op die handen aan het bed van de ondernemers die daar inpandig wonen met hun personeel. Ik wil het ministerie uitnodigen om te komen tot een toetsingskader voor kleinschalige woonvoorzieningen op basis van pgb, wellicht ook op basis van zorg in natura, dat recht doet aan de kleinschaligheid en aan de regeldruk en de wetgeving. Als dat voor elkaar komt, weten we in elk geval met zijn allen waar we aan toe zijn en waar we aan moeten voldoen. Dat is nu namelijk enigszins diffuus.

De **voorzitter**: Dank u wel voor uw bijdrage. Dan is nu het woord aan mevrouw Van de Graaf van Baaren.

Mevrouw **Van de Graaf van Baaren**: Voorzitter. Hartelijk dank dat wij hier mochten komen. Ik vind het best een beetje spannend, want het is de eerste keer dat ik in de Tweede Kamer in Den Haag mag zitten. We hebben van tevoren een paper opgestuurd. Ik heb in 2008 samen met een collega, die op de publieke tribune zit, zelfstandig een kleinschalige woonzorgvoorziening opgezet. We komen beiden uit de ziekenhuiswereld. Ik heb zelf jaren als verpleegkundige op de Intensive Care/CCU (Coronary Care Unit) gewerkt, maar ik begon toch de zorg aan het bed te missen. Toen dacht ik: ik ga de thuiszorg in. Ik heb eerst een tijdje als zzp'er gewerkt. Toen kreeg ik het eigenlijk best druk en heb ik mijn collega gevraagd om samen met mij een bureau op te zetten. Naast mijn huis kwam een stuk grond vrij. Ik besloot om daar een pand op te zetten en daar zorg te geven zoals ik vind dat zorg hoort te zijn in Nederland: kleinschalig, in een huiselijke setting, waarbij het personeel samen met de bewoners een huishouding draaiend houdt. Welk niveau er ook werkt, iedereen kookt, strijkt en maakt schoon bij ons. Dat is een succes gebleken. Sinds vorig jaar hebben wij in een andere plaats een tweede vestiging op mogen zetten.
Ik denk dat wij er een voorbeeld van zijn dat kleinschaligheid zeker een succes kan zijn. Ik wil wel aansluiten bij mijn buurman, de heer Holleman, en de heer De Vries van ActiZ. Wij vinden dat de verantwoording van de zorg voor kleinschalige aanbieders best lastig is. Bij het zorginkoopdocument moet de kleinschalige aanbieder aan dezelfde voorwaarden voldoen als grotere instellingen. Ik hoop dat daar wat aandacht aan geschonken kan worden.

Wij kennen geen overhead. Mijn collega en ik zijn zowel inkoper, facilitair medewerker als noem het allemaal maar op. Het is hard werken, maar wij zijn wel dankbaar en blij dat we dit werken mogen doen. In het begin werden we wel wat bekeken door gemeentes met een blik van: wat willen jullie, we hebben hier toch zorg genoeg? Toen hebben wij gezegd: dat klopt, maar wij willen de zorg gewoon terugbrengen bij de mensen. Zo is het gegaan en zo hopen wij het nog wat jaren vol te houden.

De **voorzitter**: Dank voor uw bijdrage. Dan is tot slot het woord aan de heer Van Dam.

De heer **Van Dam**: Voorzitter. Dank u wel dat ik hier mag spreken. Ik ben Rob van Dam, voorzitter van Careyn. Dat is een grote zorginstelling. Ik ben kennelijk gevraagd om ook een ander perspectief te belichten. Ik wil vooral erkennen dat het belangrijkste bestaansrecht van kleine instellingen de mogelijkheid van keuze voor cliënten is. Ik denk dat wij hier in Nederland alle cliënten de mogelijkheid willen bieden om zelf een keuze te maken. Om een keuze te kunnen hebben, heb je een divers aanbod nodig. Ik denk dat het daarom goed is dat er grote en kleine zorgaanbieders zijn, zodat cliënten zelf kunnen kiezen wat voor hen het beste past. Ik wil nog wel benadrukken dat die keuze meestal gebaseerd is op de medewerkers. Mensen kiezen eigenlijk niet voor de instelling, maar vaak voor de medewerkers die ze kennen. Het contact tussen de medewerkers en de cliënt bepaalt ook feitelijk de kwaliteit van zorg die wordt geleverd. Ook de doorverwijzers hebben vaak een belangrijke rol bij die keuze. Als er bijvoorbeeld een verder gespecialiseerde vorm van zorg nodig is, zal de arts daar vaak toe adviseren.
Voor de keuzemogelijkheid heb je een divers aanbod nodig, maar ook een beperkt aanbod. Als 100 aanbieders elkaar in de weg zitten, denk ik dat de cliënt daar niet bij gebaat is bij het maken van een keuze. Dat is onoverzichtelijk. De keuzevrijheid is niet vanzelfsprekend. Er zijn regio's waar heel veel keuze is en er zijn regio's waar weinig keuze is. Mevrouw Vriens noemde al de pilot waarin eigenlijk de keuze soms heel erg beperkt wordt en de cliënt geen keuze meer heeft.
Ik wil vanuit het perspectief van de grotere aanbieders toch even enkele vooroordelen benoemen. Het is niet zo dat in alle kleinschalige instellingen de zorg kwalitatief goed is en ook niet dat in alle grootschalige instellingen de kwaliteit van zorg slecht is. Er zijn kwalitatief heel goede kleine zorginstellingen, maar ook slechte. Binnen grote instelling heb je het vaak allebei. Een grote instelling heeft vaak heel goede onderdelen, maar ook zorgenkindjes. Dat kunnen bijvoorbeeld instellingen zijn die ooit failliet zijn gegaan, die binnen een grote organisatie zijn ondergebracht en die hersteltijd nodig hebben. De kwaliteit van zorg, waar het hier allemaal over gaat, is niet per se gebonden aan de grootte van de instelling.
Ik vind het ook belangrijk om de beperkingen te laten zien. We hebben niet alleen maar reguliere zorg nodig, maar af en toe ook gespecialiseerde zorg. Er zijn bovenregionale voorzieningen die op kleine schaal niet te realiseren zijn. Met het accent enkel op kleinschaligheid laat je eigenlijk een aantal gespecialiseerde vormen van zorg onderbelicht. Ik denk dat het heel belangrijk is dat ook hun bestaansrecht is geborgd de komende tijd.
Wat er nodig is om kleinschalige zorginstellingen een positie te geven in het brede aanbod, is in elk geval een aantal zaken dat al is gezegd. We hebben reële tarieven nodig. Er dreigt nu nog een tariefskorting van 4%. Ik denk dat dan zowel klein- als grootschalige organisaties geen kwalitatief goede zorg meer kunnen bieden. Dat is dus voor beide een belangrijke voorwaarde. Ik vind persoonlijk dat er ook een regierol nodig is. We hebben tot nu toe een proces van zorgkantoren gehad. Die moesten afwegen of er ergens voldoende aanbod was of te veel. Een regiefunctie lijkt me goed, voor het beoordelen van de kwaliteit en het bekijken welke

organisaties bestaansrecht hebben en wie moet worden aangesproken op kwaliteitsverbetering.
Ik heb al aandacht gevraagd voor de bovenregionale vraagstukken. Er zijn natuurlijk ook kleine instellingen die juist een wat gespecialiseerder aanbod hebben. Ik denk dat dat aanbod ook erg van belang is. Ik vraag ook aandacht voor het historische verband. Je bent onder bepaalde voorwaarden een bepaalde voorziening gestart. Tussentijds zijn de spelregels veranderd. Om dan uiteindelijk continuïteit te kunnen bieden, is het volgens mij heel belangrijk om ook aan de bestaande cliënten te denken. Als een organisatie het onder de nieuwe spelregels heel zwaar krijgt, wat doe je dan de huidige cliënten aan?
Tot slot iets wat al vaker is genoemd. We hebben nu een heel ingewikkeld zorgsysteem. We willen met zijn allen dat de klant regie neemt en keuzes maakt. Ik denk dat bijna geen enkele cliënt het huidige zorgsysteem nog begrijpt en ook de zorgprofessional niet, die een goede zorgafspraak bijeen moet sprokkelen in de Wlz, de Zvw en de Wmo, met eigen betalingen en subsidies. Het is te complex en dat is bedreigend voor zowel kleine als grote spelers.

De **voorzitter**: Dank voor uw bijdrage vanuit het perspectief van de cliënt en de zorgaanbieders, zowel klein als groot. Er is een soort rode draad uit te destilleren, zonder dat ik de pretentie heb om het helemaal samen te vatten. U wijst op de consequenties voor inkoop, op verantwoording en soms vastgoedproblemen. Ook wordt aandacht gevraagd voor gespecialiseerde zorg. Dat is eigenlijk de rode draad die ik bij alle sprekers wel tegenkom.
Ik stel mijn collega's in de gelegenheid om een vraag te stellen. Daar hebben we ongeveer een uur voor, dus dat is best mooi. Hoe scherper en concreter de vraag en hoe meer toegewezen aan een van de genodigden, hoe beter het gesprek wordt. Daar gaan wij ons best ongetwijfeld voor doen. Ik geef als eerste het woord aan mevrouw Siderius.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Ik wil in elk geval de mensen aan de andere kant van de tafel hartelijk bedanken voor hun komst, ook de vertegenwoordiger van Careyn die vanuit zijn perspectief iets heeft gezegd over kleinschalige zorg. We hebben ook andere grootschalige instellingen benaderd, maar die wilden niet komen. Mijn complimenten aan u, mijnheer Van Dam. Ik kan aansluiten bij uw laatste opmerking, namelijk dat het nogal complex is in de zorg. Ik denk dat we dat allemaal wel met elkaar eens zijn. Daarom trapt de SP vandaag een landelijke campagne af voor een nationaal zorgfonds. Het is misschien interessant om eens naar de website te kijken, maar daar zijn we hier niet voor.

De **voorzitter**: Geen zendtijd voor politieke partijen, mevrouw Siderius.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik dacht: ik kan het proberen.

De **voorzitter**: Nee, nee, nee.

Mevrouw **Siderius** (SP): Ik mag één vraag stellen en die gaat over de inkoop van zorg door de zorgkantoren. Dat punt is vanuit verschillende perspectieven belicht. «Wie het kleine niet eert...» zegt dat de kleine zorginstellingen niet altijd aan de inkoopeisen kunnen voldoen. De heer Slagter zegt dat hem is verteld dat men liever veel bedden inkoopt dan weinig. ActiZ zegt dat er gewoon onvoldoende van terechtkomt. Ik ben heel erg benieuwd wat daar de onderliggende oorzaak van is. Wat zou er moeten veranderen in de inkoop zodat kleinschalige zorginstellingen wel aan tafel komen bij de zorgkantoren? Welke eisen zouden we daar eventueel voor moeten veranderen? Ik hoop dat ik de heer Slagter de gelegenheid mag geven om daarop te reageren, net als «Wie het kleine

eert...». Ik wil het eigenlijk aan alle drie vragen, maar ik zie al aan de voorzitter dat dat niet mag. Misschien kan «Wie het kleine niet eert...» daar ook iets over vertellen, want daar heeft men er natuurlijk veel mee te maken.

De **voorzitter**: Ik denk dat het het handigst is dat nadat een vraag is gesteld gelijk het antwoord wordt gegeven. Dat gaat waarschijnlijk wat sneller dan als we eerst alle vragen inventariseren. Wellicht kan het antwoord namelijk ook een reden zijn voor een volgend commissielid om een vervolgvraag te stellen. Ik stel voor dat deze vraag, ook omdat die vaak aan de orde is gekomen in de inleidingen, wordt beantwoord door de heer Slagter en door mevrouw Vriens of mevrouw Groenenberg van «Wie het kleine niet eert...». De vraag werd als eerste gesteld aan de heer Slagter.

De heer **Slagter**: Mij is verteld: we kopen liever 200 bedden in en u bent voor ons niet interessant. Ik denk dat de politiek het gesprek moet aangaan met het zorgkantoor om ervoor te zorgen dat dit soort antwoorden niet meer gegeven kan worden. De overheid zegt dat we naar kleinschalige vormen toe moeten. Dan kan het niet dat het zorgkantoor een ander beleid heeft en liever 200 bedden inkoopt. Het is aan de politiek om ervoor te zorgen dat het gesprek wordt aangegaan met die zorgkantoren. Wat mij betreft wordt het gewoon een verplichting om het gesprek met ons aan te gaan en ook te leveren als daar vraag naar is. Er kan geen sprake zijn van vrijblijvendheid, waarbij het zorgkantoor kan zeggen «we wijzen u af en u nemen we wel als klant» en «24 bedden is voor ons niet interessant». Dat blijkt nu te kunnen, want dat hebben wij aan den lijve ondervonden.

Mevrouw **Vriens**: Het is misschien goed om te weten dat wij als zorgaanbieders wel aan tafel zitten bij de zorgkantoren. Wij krijgen echter niet waar wij om vragen. Wij worden over dezelfde kam geschoren als de grote zorgaanbieders. Dat betekent dat we ongebreideld capaciteit moeten blijven afbouwen en op een gegeven moment ga je dan gewoon dood, als ik het heel kort en bondig mag zeggen.

De **voorzitter**: Een heel korte vervolgvraag, mevrouw Siderius.

Mevrouw **Siderius** (SP): Mijn vraag was ook wat er dan zou moeten veranderen in de eisen. Mijnheer Slager, u hebt als kritische journalist vast doorgevraagd bij het zorgkantoor waarom het die opmerking maakte over die bedden. Naar die achterliggende oorzaak ben ik wel benieuwd.

De heer **Slagter**: Het is goedkoper en geeft veel minder rompslomp om 200 bedden in te kopen dan 24. Ik denk dat dat het antwoord is. Het is veel meer gedoe voor zo'n zorgkantoor om voor 24 bedden die hele procedure op te zetten dan om dat te doen voor 200 bedden. Dat gaat gewoon veel gemakkelijker. Zo werkt het nu eenmaal. Ik denk dat dat de reden is. Mevrouw Vriens zegt dat zij als zorgaanbieders dat niet hebben ondervonden, maar dat zij weer andere problemen hebben. Het zorgkantoor waar wij contact mee hebben gezocht, zei gewoon: liever 200 bedden, doe maar een pgb'tje.

De heer **Bisschop** (SGP): Voorzitter. Allereerst dank aan de initiatiefnemers dat dit punt hier op deze wijze is geagendeerd, dat we erover kunnen spreken. Ik dank ook de mensen aan de andere kant van de tafel die hun positie duidelijk hebben gemaakt. Ik vervang Kees van der Staaij, dus ik sta wat verder af van de hele materie. Als relatieve leek blijft bij mij één indruk hangen en ik wil graag weten of die klopt. Als dat het geval is, moet er wat mij betreft worden nagedacht over hoe dat anders aangepakt

moet worden. Mijn indruk is dat zorgkantoren eerder hindermacht zijn dan faciliterend. Dat zullen zorgaanbieders misschien niet hardop durven zeggen, maar dat is de conclusie die ik uit de verhalen trek. Ik merk dat bij de inkoop veel hobbels liggen, zeker voor de kleine aanbieders, en dat bij de randvoorwaarden een enorme bureaucratisering optreedt. Dat betekent dat je niet die mensen en hun wensen centraal stelt, maar dat je het belang van organisaties centraal stelt. Dat kan nooit goede zorg opleveren volgens de SGP. Ik deel het uitgangspunt dat keuzevrijheid voor mensen de sleutel is voor goede zorg. Dat is onlosmakelijk verbonden met het welbevinden van de mensen. Ik adresseer mijn vraag aan mevrouw Vriens, maar laat de andere sprekers zich vooral niet geremd voelen om er ook op te reageren. Mijn vraag is wat er moet gebeuren om dit systeem zodanig in te richten dat mensen en hun wensen weer centraal komen te staan. Ik heb daar beelden bij en de sprekers hebben daar ook wel iets over aangegeven. Ik hoor dat graag.

Mevrouw **Vriens**: Wat er moet gebeuren, is dat er op een andere manier wordt gekeken naar hoe het macrobudget kan worden bewaakt en dat de cliënt echt mag kiezen. Daardoor nivelleert het uit. Nu moet het zorgkantoor een budget verdelen. Dat gaat kijken waar het wat aan wie gaat geven, waarbij iedereen over dezelfde kam wordt geschoren.

De heer **Bisschop** (SGP): De voorzitter gaf gelegenheid tot het stellen van een vervolgvraag. Die gelegenheid grijp ik graag aan. Dit is redelijk abstract. Ik zou het concreter willen hebben. Kunt het concreter maken? Een van de andere sprekers mag dat wat wij betreft ook doen.

De **voorzitter**: Ik snap de behoefte van de heer Bisschop. Zijn vraag was vrij concreet: welke andere manier van verdeling van het macrobudget, waar mevrouw Vriens het ook over had, doet recht aan het gevoelen dat je meer kunt kiezen als cliënt? Ik zie mevrouw Groenenberg popelen en ook de heer De Vries. In die volgorde geef ik ze de gelegenheid om die vervolgvraag van heer Bisschop te beantwoorden.

Mevrouw **Groenenberg**: Ik wil hier inderdaad graag op reageren. Ik denk dat ons bewustzijn wat versluierd is geraakt. We hebben het alleen maar over grote getallen, grote dingen en grote transities. Wij onderschrijven dat die nodig zijn en daar willen wij ook aan meewerken als kleine organisaties, maar wij zoeken naar de menselijke maat. Die willen wij terug. Wij ervaren dat de focus, ook van zorgkantoren, niet ligt op kleine zorgorganisaties, hoewel die kleinschaligheid wordt gepropageerd. Iedereen gaat terug naar het herkenbaar maken van kleine delen van de organisatie. Wij voelen echter niet dat wij daar als kleine organisaties voordeel van hebben en met name onze klanten niet. Volgens mij zit het in reflectie. Laten we opnieuw bekijken waaruit het zorglandschap moet bestaan. De heer Van Dam van Careyn heeft daar een voorzet voor gedaan, die wij volledig ondersteunen. Het gaat over gespecialiseerde zorg, het gaat over kleine herkenbare zorgorganisaties en het gaat over mooie grotere zorgorganisaties. Dat willen klanten.

De heer **De Vries**: De oplossing ligt in een systeemwijziging. Persoonsvolgende bekostiging faciliteert veel meer de cliëntkeuze. Daar gaan we hopelijk per 1 januari mee experimenteren. Daar komt waarschijnlijk binnenkort helderheid over. Zolang die persoonsvolgende bekostiging er nog niet overal is, moet je bekijken hoe je het bestaande systeem zo veel mogelijk daarnaar kunt richten zodat je zo veel mogelijk de cliëntkeuze kunt faciliteren. Wat we zien is dat het dialoogmodel dat door zorgkantoren wordt gekozen – het model voor de dialoog die zowel in de instelling als tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders zou moeten plaatsvinden – nog onvoldoende tot zijn recht komt.

Ik zal even het beeld schetsen zoals het nu is. Zorgaanbieders worden allereerst gekort op het tarief voor de zorg die zij mogen leveren. Vervolgens kunnen zij een opslag verdienen door verbeterplannen, ontwikkelplannen, in te leveren. Wij vinden dat een heel bureaucratisch systeem. De klacht van onze leden is dat ze veelal moeten opschrijven wat ze al jarenlang goed doen. Dat moeten ze niet alleen doen voor het zorgkantoor, maar bijvoorbeeld ook voor het project Waardigheid en trots en dergelijke. Daar zitten heel veel dubbelingen in.
Wij zouden graag zien dat als je met je cliëntenraad en je ondernemingsraad afspraken maakt over verbeteringen die nodig zijn in jouw organisatie, dat voldoende is voor het zorgkantoor om te zeggen: de opslag is nodig, dat is gebleken uit het feit dat uw cliëntenraad heeft gezegd dat het een goed plan is en dat de ondernemingsraad heeft gezegd dat het ook voor de personeelsleden een verbetering is. Dat zou een enorme vereenvoudiging opleveren.
Er is nog een ander punt. Dat hangt vooral samen met wat mevrouw Vriens al zei: je wordt nu voor een x-aantal cliënten ingekocht. Het kan zijn dat cliënten in de loop van het jaar voor jou kiezen, maar dat dat wordt begrensd door het budgetplafond dat het zorgkantoor met jou heeft afgesproken. Dat kan eigenlijk niet zo zijn. Het zou veel makkelijker moeten zijn om tussentijds het budget op te hogen, zodat je tegemoet kunt komen aan de keuze van de cliënt. Nu duurt het veel te lang voordat jouw budget eventueel tussentijds in een lopend jaar kan worden aangepast. Het gevolg is dat cliënten voor een andere zorgaanbieder moeten kiezen, die niet de aanbieder van hun eerste voorkeur is.
De Staatssecretaris heeft gezegd te willen komen tot vermindering van regeldruk in de inkoop en in de verantwoording. We zijn in de afgelopen tijd al veel met hem en zijn ambtenaren in overleg geweest. Er zou een algemene maatregel van bestuur komen voor de inkoop. Nu heeft de Staatssecretaris ons echter laten weten dat die niet in werking zal treden op 1 januari 2017, maar pas op 1 januari 2018. Wat ons betreft is dat een gemiste kans. Zoals de heer Slagter al zegt, moet de politiek op sommige punten gewoon een aantal uitgangspunten vastleggen voor de manier waarop die zorginkoop ingeregeld gaat worden. Daar is die algemene maatregel van bestuur het voertuig voor. Wij vinden het dus heel spijtig om te constateren dat de Staatssecretaris ons heeft laten weten dat dat niet gaat lukken per 1 januari. Het zou ons, en de kleine zorgaanbieders in het bijzonder, enorm helpen als dat zo snel mogelijk gebeurt. Daarvoor is het blijkbaar nodig dat ook de politiek keuzes maakt. Laten we niet wachten tot 2018.

Mevrouw **Vriens**: Dat geldt niet alleen voor de Wlz, maar ook voor de zorg in de aanleunwoningen. Wij hebben 110 aanleunwoningen. Ik heb met tien zorgverzekeraars afspraken en ik heb tien verschillende plafonds, met als gevolg dat ik aan de voordeur moet gaan selecteren: bij wie bent u verzekerd, heb ik nog plek in mijn budget van die verzekeraar of niet? Dat is een heel rare manier van werken.

De **voorzitter**: Helder. We komen tot concrete punten en mogelijke oplossingsrichtingen. Dank daarvoor. Ik geef het woord aan mevrouw Bergkamp van D66.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Ik dank de initiatiefnemers voor hun voorbereiding en ook de andere gasten. Wat heel duidelijk wordt gemaakt, is dat er behoefte is aan maatwerk voor cliënten en ook voor zorgaanbieders en dat ons systeem eigenlijk heel erg is gericht op het grote. Die boodschap is ontvangen. Een aantal mensen heeft gezegd dat de persoonsvolgende financiering, de cliëntvolgende financiering, heel belangrijk is. Ik wil heel graag van de heer Van Dam en van mevrouw Van de Graaf van Baaren horen in hoeverre een cliëntvolgende financiering

cliënten helpt. Het is natuurlijk weer een systeemwijziging. Je moet er natuurlijk voor oppassen dat het niet weer complexer wordt voor mensen. De heer Slagter zei al dat het persoonsgebonden budget op dit moment heel bureaucratisch is geworden. Ik ben heel benieuwd hoe zij kijken naar zo'n systeemwijziging. Helpt dat cliënten echt om hun positie als consument, als cliënt, te versterken?

De heer **Van Dam**: Ik ben in principe voor een cliëntgebonden financiering, met een enkele kanttekening. Het tempo dat eerder werd voorgesteld, lijkt mij voor de meeste zorgaanbieders in het geheel niet haalbaar. Dat geldt ook voor een eenvoudig systeem waarin de klant bepaalt en die budget meekrijgt. We hebben nog altijd andere financiële processen, zoals een accountantsverklaring, die echt heel veel regeldruk geven. Ik stel voor dat wij als sector wel de tijd krijgen om uiteindelijk de cliëntvolging daadwerkelijk handen en voeten te geven in het administratieve proces, zodat het feitelijk een vereenvoudiging wordt.
Ik vind dat een aantal zaken tot nu toe te weinig aan bod komt. Als een klant morgen iets anders wil, betekent het wel dat we heel veel bestaande investeringen gewoon in de waagschaal stellen. Zowel grote als kleine aanbieders hebben bestaande voorzieningen, terwijl de vraag verandert. We hebben die voorzieningen vaak voor 50 jaar gebouwd. Als we dan de nieuwe wensen willen volgen, zit ik wel met een afbraak van investeringen waar ook collectieve middelen naartoe zijn gegaan. Als je helemaal de vrije keuze wilt geven, moet je je afvragen of je bereid bent om de prijs daarvoor te betalen.
We moeten wel bekijken hoe de klant zicht kan krijgen op kwaliteit. Er is een voorbeeld genoemd van iemand met een nieuw initiatief die niet de ruimte kreeg. Je moet je ook afvragen of die voldoende kwaliteit heeft laten zien om die ruimte echt te claimen. We hebben namelijk andere initiatieven gezien die die ruimte wel hebben gekregen. Ik denk dat we het helpen van de klant bij het kiezen voor kwaliteit een plek moeten geven.

Mevrouw **Van de Graaf van Baaren**: Wij zijn zeker ook voorstander van het klantvriendelijke systeem. Als kleinschalige zorgaanbieders lopen we ertegenaan dat het zorginkoopdocument ongeveer 75 pagina's telt. Grote organisaties hebben vast afdelingen die zich daar de hele dag mee bezig kunnen houden, maar voor een kleinschalige instelling is dat een stuk lastiger. Wij zouden het dus erg op prijs stellen als daarnaar wordt gekeken. Klantvriendelijk is oké, maar dan moet de verantwoording niet nog ingewikkelder worden gemaakt. Dat is ons standpunt. Wij zijn eigenlijk elke dag met kwaliteit bezig.
Vorig jaar hebben we de inspectie op bezoek gehad. Gelukkig zijn we goed bevonden, maar het gaf wel wat buikpijn toen ze kwam. Waar toetst men op? Er kwamen mensen die niets met zorg hadden, die er nooit werkzaam zijn geweest. Ik vroeg wat ze dan wel kwamen doen en toen zeiden ze dat ze kwamen kijken naar de regels en of alles op papier staat. Gelukkig stond heel veel op papier. Ik heb nog gevraagd of ze een rondleiding wilden en of ze met de bewoners wilden praten, zonder dat wij er bij waren. Dat was allemaal niet nodig.
Als je klein bent, telt elke klant. Als je een klant verliest, verlies je ook een stuk van je naam. Je bent gewoon eigenlijk alleen maar bezig met kwaliteit. Instellingen die onder inspectietoezicht komen, hebben vrijwel allemaal een kwaliteitskeurmerk. Mijn vraag is toch echt of er niet iets aan het kwaliteitskeurmerk gedaan moet worden. Onze kwaliteit is onze klant en geen regels of wat dan ook.

De **voorzitter**: Helder. Ik geef het woord aan mevrouw Voortman van GroenLinks.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil graag een vraag stellen aan de heer Holleman. Hij is hier namens ouderinitiatieven die via het pgb gefinancierd zijn. We hebben het hier voor een groot deel over zorg die vanuit zorg in natura georganiseerd is. Ik heb een vraag over de manier waarop de zorg nu is georganiseerd. Mijn idee van het pgb is dat het in principe bedoeld was voor individueel georganiseerde zorg. De heer Slagter zegt net ook dat hij het nu via een pgb doet, omdat de route van zorg in natura eigenlijk wordt afgesneden vanuit de zorgkantoren. De formule van de heer Holleman via het pgb werkt natuurlijk heel erg goed, maar zouden we het pgb niet meer moeten richten op de individuele zorg – misschien had ik de vraag aan de heer Slagter moeten stellen – en zouden de meer collectieve initiatieven niet vanuit zorg in natura gefinancierd moeten worden? Ik begrijp dat mensen hier zeggen dat patiëntvolgende financiering de oplossing is. Ik denk dat het een gemiste kans is dat we in de Wet langdurige zorg niet echt voor de patiëntvolgende financiering hebben gekozen. Stel dat we besluiten om de plafonds af te schaffen. Lopen we dan niet het risico dat er uiteindelijk niet voldoende plekken zijn? Het is een vraag aan de heer Holleman, maar misschien is die eigenlijk meer voor de heer Slagter bedenk ik me.

De **voorzitter**: Het zijn eigenlijk twee vragen. De ene gaat over de manier waarop pgb's en zorg in natura, al dan niet via persoonsvolgende bekostiging, ingezet kunnen worden en de ander gaat toch wel over de manier waarop we de plekken en het budget verdelen. Dat lijkt me inderdaad een vraag aan de heer Holleman, aan wie hij ook is gesteld, en de heer Slagter. Wellicht wil ook de heer De Vries erop reageren, kan ik me zo voorstellen. Dat zijn de slimme vragen, die je zo breed stelt en toch ook zo specifiek dat iedereen erop moet reageren. Zo herken je het toch wel weer, en dan draag ik er zelf ook nog aan bij. Ik geef de heer Holleman als eerste het woord.

De heer **Holleman**: Uitstekend. Ik wil graag beginnen met de voordelen die het pgb met zich meebrengt. De wettelijke vertegenwoordiger van een bewoner krijgt een budget. We gaan wellicht naar persoonsvolgende financiering. In België zijn ze daar ook druk mee bezig en zijn ze misschien nog wel een stapje verder in de gedachtegang dan in Nederland. Wat bewerkstellig je daarmee? Dat is dat alle financiële stromen en verantwoordelijkheden en dus ook de uiteindelijke verantwoordelijkheid niet bij een hoofdkantoor of een organisatie liggen, maar waar de zorg wordt ingekocht. Dat gebeurt individueel. In een Thomashuis gebeurt dat dan acht keer individueel. De mensen wonen bij elkaar in een groep. Dat maakt dat wij als overkoepelende organisatie met veertien mensen de totale organisatie kunnen draaien voor 2.000 bewoners. Als die financiële stromen, zoals inkoop, bij de zorgkantoren zou plaatsvinden, hebben we twee accountants en drie controleurs nodig om op de locatie te bekijken hoe het geld wordt besteed. Als er zaken ingekocht dienen te worden – de wasmachine is kapot in Herbergier Grathem – komt men bij ons met de vraag of een nieuwe wasmachine gekocht mag worden. Dat kun je natuurlijk allemaal delegeren. Het zijn allemaal vragen die we nu niet hebben en die de ondernemers, de zorgechtparen, op de locatie zelf kunnen beantwoorden. Zij kunnen daardoor veel sneller acteren, waardoor de overheadkosten veel lager zijn. Daardoor hoeven er niet allerlei papieren stromen over en weer te zijn tussen het hoofdkantoor en onderdelen. Dat zijn wat mij betreft de absolute voordelen van het persoonsgebonden budget.
De tweede vraag was of het individueel moet met een persoonsgebonden budget en voor groepen vanuit zorg in natura of eventueel anders. Ik denk dat de regiefunctie die een wettelijk vertegenwoordiger samen met zijn of haar ouder met geheugenproblematiek bij ons in de Herbergier of met een zoon of dochter met een verstandelijke beperking essentieel is voor

de mate waarin je zorg inkoopt. Ik sluit me ook niet helemaal aan bij de heer Van Dam, die zegt: we hebben onze infrastructuur nu eenmaal ingericht, dus daar moet maar zorg geboden kunnen worden. Ik chargeer een beetje. Als jij goede zorg biedt en tevreden bewoners hebt, blijven die bewoners. Als je eigenaarschap hebt op de locatie, ga je ervoor zorgen dat je tevreden bewoners hebt. De mevrouw naast mij, mevrouw Van de Graaf van Baaren, zei het al: als je met acht bewoners een tijd lang één bewoner niet hebt, scheelt dat een achtste van je totale omzet en dat kun je niet lang volhouden. Je gaat je dus alleen maar richten op kwaliteit. Niet op papieren kwaliteit, maar op naast de bewoners staan en met de bewoners dingen doen. Dat maakt – dan sluit ik ook even aan op de toetsing die mevrouw Van de Graaf van Baaren heeft gehad – dat je niet bij moet houden of iemand gedoucht wordt of buiten wandelt, waar het nieuws de laatste tijd vol van staat. Dat maakt dat je als er controle is en je hebt op papier staan dat er één keer per week wordt gedoucht, voldoet aan de regelgeving omdat je het op papier hebt staan. Nee, je kijkt gewoon of iemand behoeftig is en of iemand moet of wil douchen. Als dat drie keer per dag is, zorg je ervoor dat dat drie keer per dag gebeurt. Dat kan wat mij betreft vanuit een persoonsgebonden budget, waarbij de regie ligt bij de wettelijke vertegenwoordiger en de directe aansprakelijkheid ligt bij die wettelijke vertegenwoordiger in relatie met de directe zorgaanbieder. Dat maakt het veel directer en veel concreter, dus wat mij betreft goedkoper en beter.

De heer **Slagter**: Wij hebben natuurlijk nog geen ervaring met zorg in natura. Die hebben we sowieso niet. Met het pgb zijn we nu bezig. Ik vraag me wel iets af. Dat punt ben ik net vergeten te maken en dat sluit hier wel op aan. Er is een aantal kleinschalige woonvormen voor indicatie 5 en hoger, onder andere de Herbergier, waar een aantal bedden is voor mensen met alleen AOW en een klein pensioen. De stichting Ben Oude Nijhuis richt zich uitsluitend op mensen met AOW en/of een klein pensioen. De keuzevrijheid is voor bepaalde ouderen beperkt. Die zijn eigenlijk uiteindelijk aangewezen op een verpleeghuis, waar wellicht die zorg wel of niet goed is geregeld. Dat punt wil ik toch maken. Mij maakt het als leek eigenlijk helemaal niet zo heel veel uit hoe het wordt gefinancierd, als het maar wordt gefinancierd. Dat klinkt misschien heel simpel, maar zo is het. Je moet de regelgeving en alles wat daar mee te maken heeft simpel houden. De toets vooraf, aan de voorkant, moet je wel heel goed regelen. Daar moet je alle cowboys in het veld weren. Daarmee moet je de mensen die het geld krijgen de handen aan het bed geven. Dat is waar wij heel veel klachten over hebben ontvangen de afgelopen weken en maanden: er zijn te weinig handen aan het bed. Dat is ook wat iedereen in de politiek wel beseft. Ook Van Rijn beseft dat, net als de grote organisaties. Ik blijf zeggen dat waar geld weglekt naar kopieerapparaten, pr-afdelingen en management, dat niet gaat naar handen aan het bed. Dat is waar mensen in Nederland behoefte aan hebben, met name de ouderen die rond moeten komen van alleen een AOW'tje en/of een klein pensioen. Ik pleit ervoor om te zorgen dat dat geregeld wordt, met wat voor financieringsvorm dan ook, zodat zij ook die keuzevrijheid hebben.

De heer **De Vries**: Het is een terechte vraag van mevrouw Voortman. Een persoonsgebonden budget moet eigenlijk een heel bewuste keuze zijn en geen vluchtroute omdat je in zorg in natura de keuze die je graag zou willen maken niet kunt realiseren of een vluchtroute voor alle administratieve lasten die in het systeem van zorg in natura zitten. Dat is toch een beetje gek. Laat dit vooral een pleidooi zijn voor of een onderstreping van de noodzaak voor het veel meer inbakken van die persoonsvolgendheid in het systeem van zorg in natura en het verminderen van de regeldruk daarin. Als je dan kiest voor een persoonsgebonden budget, is dat een

persoonlijke bewuste keuze die past bij het maatwerk dat jij zoekt. Dat zou het moeten zijn.
Natuurlijk is er wel een zorg over wat de persoonsgebonden bekostiging doet met het aanbod dat we hebben. De vraag is of we dat wel doelmatig kunnen inrichten en bieden. Allereerst is het misschien goed om nog een keer te onderstrepen – dat is de Kamer natuurlijk bekend – dat je niet zomaar een indicatie voor langdurige zorg krijgt. Je krijgt pas een indicatie na een heel strenge voorselectie – die is alleen maar strenger geworden – bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dat bepaalt uiteindelijk of jij recht hebt op zorg. Dat recht op zorg moet altijd gehonoreerd kunnen worden. Daar begint het mee. Daarnaast kunnen ook zorgaanbieders, onze leden, hun aanbod niet zomaar van de ene op de andere dag aanpassen. Ze kunnen het niet zomaar afbouwen en ook niet opbouwen. Dat betekent dat keuzevrijheid altijd wordt begrensd door het feit dat er gewoon geen kamer beschikbaar is. Dat is niet van de ene op de andere dag te regelen. Die begrenzing zit dus automatisch in het systeem. In het experiment dat hopelijk op 1 januari start, gaan we met elkaar ontdekken hoe dat gaat uitwerken en of het zo gaat uitwerken als we met elkaar hopen: enerzijds vermindering van regeldruk en administratieve lasten en anderzijds vooral meer maatwerk in de zorg. Dat kan kleine zorgaanbieders ook enorm helpen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik dank de heer Holleman er heel hartelijk voor dat hij heeft aangegeven wat de voordelen van het pgb zijn: meer focus op kwaliteit volgens mensen, minder overhead. Ik vraag me af hoe je die voordelen ook in de zorg in natura kunt realiseren. Hoe kan dat een voorbeeld zijn? De heer De Vries zei heel nadrukkelijk: doe dan ook iets aan de regeldruk waar je in de zorg in natura mee te maken hebt. Of je nou groot of klein bent, daar heb je profijt van. Misschien als kleintje nog wel meer, omdat je niet al die mensen hebt om dat uit te voeren. Misschien kan hij nog even aangeven wat er dan in dat experiment aan concrete voorbeelden qua regeldruk weggenomen moet worden om het echt tot een succes te maken.

De **voorzitter**: «Hij» is in dit geval de heer de Vries.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ja, ik vraag het de heer De Vries omdat hij het er specifiek over had.

De **voorzitter**: Dan gaat het over het experiment, welke voorbeelden daarin kunnen worden meegenomen. De vraag van mevrouw Voortman triggert mij ook wel, namelijk wat je kunt leren van bestaande bekostingingsvormen als het pgb zonder dat dat een vluchtheuvel voor initiatieven wordt. Wat kan zorg in natura daarvan leren, ook in het kader van inkoop? Voor de mensen die dit volgen: in het tweede blok van de hoorzitting gaan we zo meteen spreken met zorginkopers. Daarin kunnen we een aantal van deze elementen ook meenemen.

De heer **De Vries**: Ik wil het antwoord eigenlijk loskoppelen van het experiment met persoonsvolgende bekostiging, maar ingaan op wat wij hopen dat zorgkantoren nu al kunnen bereiken in het bestaande systeem. Dat begint met een aantal heel vanzelfsprekende keuzes. De eerste is meerjarige afspraken. Waarom elk jaar een zorgaanbieder belasten met opnieuw diezelfde molen door waar het gaat om het invullen van al die formulieren? Hoeveel pagina's waren het ook alweer, mevrouw Van de Graaf van Baaren?

Mevrouw **Van de Graaf van Baaren**: Heel veel.

De heer **De Vries**: Ja. Dank u wel. Dat moet dus. De intentie is er om dat meerjarig te doen, maar dat wordt in de praktijk nog te weinig toegepast. Dat is de eerste eenvoudige oplossing. De tweede oplossing ligt eigenlijk in wat in de Herbergier en vergelijkbare initiatieven gebeurt, namelijk dat je heel direct afspraken maakt met de cliënt over het type zorg dat je levert, de kwaliteit, enzovoort. Je hoopt eigenlijk dat aanbieders van de zorg in natura, de leden van ActiZ die dat bieden, ook op die manier kunnen spreken met hun cliënten over kwaliteit en over verbeteringen en ontwikkelingen daarin en dat dat leidend is voor het zorgkantoor. Dat moet kunnen, dat de dialoog in de organisatie plaatsvindt met de cliënten, zo veel mogelijk vertaald wordt in de persoonlijke zorgleefplannen en ook in beleidsplannen. Dat zou dan leidraad moeten zijn voor een zorgkantoor en voor toezichthouders en niet eigen initiatieven of gedachten van zorgkantoren over wat zij denken dat nodig is voor de zorgorganisatie. Dat zijn eenvoudige keuzes die nu al tot heel veel vermindering van lastendruk kunnen leiden, maar vooral ook – dat is precies wat u vraagt – eraan kunnen bijdrage dat zo'n soort gesprek niet alleen bij De Drie Mollen plaatsvindt, maar ook bij andere zorgorganisaties: dat je gewoon met de cliënten in gesprek gaat over de kwaliteit en de aard van de zorgverlening. Dat doen onze leden al heel graag en ook heel veel, maar soms worden ze nog belemmerd in het systeem.

De **voorzitter**: Dan geef ik het woord aan mevrouw Keijzer van het CDA.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Om te beginnen wil ik tegen de heer Slagter zeggen dat ik het een vertoning vindt dat hij momenteel in België moet gaan praten om geld los te krijgen. Dat we dat toch in Nederland met elkaar niet voor elkaar weten te krijgen, vind ik werkelijk bizar. Het is een onderwerp dat het CDA ook aan de orde stelt bij Minister Blok, want die is verantwoordelijk voor de corporaties. Daar speelt toch ook een soort VVD-fictie dat we in dit land zonder woningbouwverenigingen kunnen. Dat moet daar dus zeker geadresseerd worden.

De **voorzitter**: Mevrouw Keijzer, probeer het toch iets minder politiek te maken. Die opmerking maakte ik ook tegen mevrouw Siderius. Eventuele oordelen over andere politieke partijen kunt u in een debat maken. Deze hoorzitting is met name bedoeld om vragen te stellen aan de mensen die hier aanwezig zijn. Ik begrijp dat u een vraag hebt over vastgoed.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Nee, die heb ik niet.

De **voorzitter**: Dan gaat u nu uw vraag stellen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat ga ik nu doen, zeker. Ik hecht er echter aan om dit hier wel even te zeggen, want ik vind dat we hier wel ook de vinger op de zere plek moeten leggen. Dit is er absoluut eentje die wat mij betreft speelt.
Dan een ander punt. Ik heb er eerder voor gepleit, in een algemeen overleg, om die bizarre inkoopsituatie te veranderen. Er worden landelijk tarieven vastgesteld, waarvan wordt gezegd dat je die nodig hebt om goede zorg te verlenen. In de inkoop wordt vervolgens gezegd: maar u krijgt 93%, tenzij. Dan moet je elk jaar weer door allerlei hoepels heen springen. Ik heb een motie ingediend met het verzoek om daar nu gewoon eens mee te stoppen, maar die heeft het niet gehaald. Misschien na vandaag wel. Ik zou er heel erg aan hechten als de aanwezigen, zoals ze nu bij elkaar zitten, eens heel concreet op papier zouden zetten wat ze frustreert in het daadwerkelijk leveren van zorg in plaats van het invullen van papieren. Ik hoorde van de week dat de regeldruk in de geestelijke gezondheidszorg inmiddels is gestegen van 17% naar 23%. In plaats van

dat het minder wordt, wordt het dus meer. Ik vraag ze om dat heel concreet te doen.
Binnenkort krijgt de Kamer een brief van de Staatssecretaris waarin hij schrijft over het veranderen van allerlei regels. Ik ben bang dat dat windowdressing wordt. Laten we niet vergeten wat er is gebeurd bij het experiment voor regelarme zorginstellingen. Er zijn daarbij zorginstellingen afgehaakt omdat het experiment leidde tot meer papier. We moeten dus rigoureus gaan schrappen. We moeten er weer op gaan vertrouwen dat mensen die in de zorg werken, in die zorg zijn gaan werken omdat ze willen zorgen. We moeten ons afvragen wat daarvoor nodig is. We moeten voorkomen dat we straks de brief van de Staatssecretaris hebben gehad, daarover met elkaar een debat hebben gehouden, maar vervolgens gewoon verdergaan met wat we al doen. Dan gaat ook de persoonsvolgende bekostiging, die in de wet is opgenomen, niet werken. Een patiënt heeft dan immers wel een zak met geld, maar vervolgens worden alle zorgeninstellingen via een andere deur toch weer gehouden aan die 75 pagina's.

De **voorzitter**: Mevrouw Keijzer, u houdt nu een inleiding waarmee we het natuurlijk allemaal zeer eens zijn. Mag ik proberen uw vraag samen te vatten? U houdt een algemeen pleidooi voor het verlichten van de administratieve lasten ...

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Nee, voorzitter, ik ben heel concreet geweest; ik vind het jammer dat u dit nu zegt. Ik heb een heel concrete vraag gesteld. Kunnen de sprekers bij elkaar gaan zitten en precies opschrijven welke van die 75 pagina's zij kunnen missen als kiespijn?

De **voorzitter**: En aan wie stelt u die vraag?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Aan degene die zich geroepen voelt om deze handschoen op te pakken.

Mevrouw **Van de Graaf van Baaren**: Ik voel mij zeker geroepen om die handschoen op te pakken. Wij willen dat volgens mij wel op een A4'tje zetten. Dat kunnen wij eventueel naar u toesturen. Wij zijn zeker voorstander van minder. Ik heb 30 jaar ervaring. Als je vroeger in het restaurant van het ziekenhuis iets ging eten, was alles wit. De verpleegkundigen liepen in het wit, de artsen liepen in het wit enzovoorts. Tegenwoordig moet je in zo'n restaurant het wit zoeken. Daar is dus iets misgegaan. Wij willen die zorg weer terug. Ik ben dan wel eigenaar van een zorginstelling, maar ik ben ook verpleegkundige. Ik wil gewoon die zorg weer terug. Wij zijn prima in staat om zelf die zorg te organiseren. Daar hebben we geen systemen voor nodig. De zorgverzekeraars en de zorgkantoren wantrouwen de zorgaanbieders op dit moment. Dat wantrouwen moet weg.

De **voorzitter**: Ik zie dat de heer De Vries zich ook geroepen voelt om op deze algemene oproep te reageren. Het is natuurlijk een oproep die wat mij betreft niet alleen geldt voor de mensen die hier aanwezig zijn, maar ook voor de mensen op de publieke tribune en voor aanbieders. Mensen van zorgkantoren zullen we straks ook bevragen. Hoe kunnen we komen tot een forse aanpak van de regeldruk? Als er één ding is dat we allemaal delen, dan is het dat wel. Die handschoen wordt ...

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter, ik deed geen algemene oproep. Ik stelde een heel concrete vraag. We hebben het over 75 pagina's, maar kijk op de site eens even naar het inkoopdocument Wlz. Daar kun je op tien dingen doorklikken. Elke keer hangen daar 36 pagina's onder. Het is dus echt veel erger. Mijn vraag is dus heel concreet. Ik snap dat dit niet

vandaag op schrift kan worden gezet, maar als de insprekers dit naar de Kamer zouden kunnen sturen, dan zijn we volgens mij met z'n allen heel blij. Dan kunnen we namelijk eindelijk stappen zetten bij het daadwerkelijk verminderen van regels.

De **voorzitter**: Zeker. De heer De Vries wil er ook nog iets over zeggen, bijvoorbeeld in het kader van de AMvB.

De heer **De Vries**: Precies. Onze branchevereniging heeft hierover bijna dagelijks contact met leden. Dit is een algemene klacht en dit wordt iedere dag ervaren en gevoeld door onze leden en hun medewerkers. Dat heeft ertoe geleid dat wij al langer bij VWS aankloppen met de vraag om hierin concrete stappen te zetten. De Kamer krijgt als het goed is deze week een brief van de Staatssecretaris. Die brief moet leiden tot die vermindering van de regeldruk, maar komt helaas wel bijna aan het einde van de huidige kabinetsperiode. Dat raakt een punt dat de voorzitter noemde. Wat kunnen we nog realiseren per 1 januari 2017? ActiZ en de zorgaanbieders denken dat het mogelijk moet zijn en nodig is om die regeldruk al per 1 januari a.s. te verminderen. Wij hebben namelijk al paraat wat mevrouw Keijzer vraagt. Wij kunnen haar dat zo leveren. Daarbij gaat het om de inkoop, maar niet te vergeten ook om de verantwoording. De heer Van Dam heeft mij deze week nog weer een brief gestuurd. Hij legt daarin heel praktisch uit wat er gebeurt bij die verantwoording en welke extra lasten, kosten voor de accountant en registratielasten dat oplevert. Daar ligt die administratievelastendruk misschien nog wel veel meer dan bij de inkoop. Daarbij kunnen we gewoon stappen zetten. Wij kunnen de commissie dat concreet aanleveren. Ik stel echter voor om daarmee even te wachten totdat de brief deze week is ontvangen, want dan kunnen we ook nog heel concreet aansluiten bij wat daarin staat. Daarin worden hopelijk ook heel concrete ambities genoemd. Dat gaan we zien. Op die manier kunnen we de commissie voeden en kan zij het kabinet oproepen om in het laatste jaar van deze kabinetsperiode hier nog echt werk van te maken.

De **voorzitter**: Dit is een belangrijke cliffhanger, want we raken nu wel zeer benieuwd naar de inhoud van die brief.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Ik dank alle sprekers en ik vind het fijn dat zij naar de Kamer zijn gekomen. Ik zie belangrijke ontwikkelingen in het veld van de zorg. Ik zie dat de grote instellingen zich kleinschaliger gaan organiseren. Dat is ook een uitdrukkelijke wens van de cliënten. Tegelijkertijd zie ik dat de kleine zorginstellingen die hiermee al bezig zijn, flink onder druk staan. Ook een beetje met dat in gedachten heb ik gekeken naar alle stukken die zijn ingeleverd en luister ik naar de betogen die vandaag zijn gehouden. Ik wil inzoomen op één alinea uit een van de stukken, namelijk het stuk van de heer Van Dam. Daarin staat ergens dat het niet haalbaar lijkt om een concrete zorgketen te garanderen met enkel nicheaanbieders. Zijn die nicheaanbieders volgens de heer Van Dam de kleine zorginstellingen? Het zou natuurlijk heel jammer zijn als die op die manier zouden worden gekwalificeerd. Ik wil hierop dus graag een toelichting.
Ik lees ook welke doelgroepen volgens de heer Van Dam onder druk komen te staan. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Hij noemt in dit verband ook het leveren van palliatieve zorg. Volgens mij is dat voor de hele Kamer belangrijke zorg. Het zou daarom heel vervelend zijn als die zorg onder druk zou komen te staan. Daarop wil ik daarom nadere toelichting.
Ik zou het verder heel goed vinden als mevrouw Groenenberg en mevrouw Vriens hierop zouden reageren. Ik kan mij namelijk bijna niet voorstellen dat die zorg niet geleverd zou kunnen worden. Ik hoor graag van beide kanten wat de mogelijkheden en de grenzen zijn.

De **voorzitter**: Hoe organiseren we de gespecialiseerde zorg en hoe organiseren we de keten? Hoe zorgen we ervoor dat er wordt afgestemd en er geen gaten vallen?

De heer **Van Dam**: Dank voor deze vraag. Ik heb inderdaad geprobeerd duidelijk te maken dat er een heel breed zorgaanbod nodig is. Er zijn heel veel mensen die een vrij reguliere vorm van zorg nodig hebben en er is een kleiner deel dat heel gespecialiseerde zorg nodig heeft. Er zijn vormen van zorg die relatief gemakkelijk rendabel te leveren zijn en er zijn vormen die heel moeilijk rendabel te leveren zijn. Vooral voor de niet-rendabele delen geldt dat we óf de prijs enorm moeten verhogen, óf ervoor moeten zorgen dat een paar grote spelers door hun omvang die niet-rendabele delen kunnen garanderen. Ik noem als voorbeeld de onplanbare zorg. Het is bijvoorbeeld een niet rendabele vorm van zorg als je wilt dat er in een stad in de nacht altijd een verpleegkundige bij de mensen thuis kan komen. Als je die zorg wilt laten organiseren door tien verschillende spelers, dan lijden zij allemaal verlies en gaat het niet lukken. Als je één speler de opdracht geeft om dat ene moeilijke deel te organiseren, dan is die zorg gegarandeerd. Dat doorkruist niet het bestaansrecht van kleine spelers. Ik probeer te zeggen dat je om meerdere redenen een kleine speler kunt willen zijn. Misschien is de aanbieder aan een heel specifieke regio gebonden, bijvoorbeeld op grond van historie of van wat dan ook. Zo'n aanbieder levert dan eigenlijk vooral passende zorg, passend bij die specifieke regio. Het is ook mogelijk dat een nichespeler zich juist heel erg specialiseert. Door die specialisatie houdt men dan deskundigheid. Ik vraag dus vooral aandacht voor de noodzaak daarvan. Er zijn dus meerdere organisatievormen denkbaar. Ik hoop dat ik hiermee de vraag van mevrouw Dik voldoende heb beantwoord.

Mevrouw **Vriens**: Wat de heer Van Dam zegt, klopt; ik heb hier niets aan toe te voegen. Een kleine organisatie kan natuurlijk heel veel wél. Net werd de palliatieve zorg genoemd. Laten we daarover helder zijn; die zorg bieden we allemaal. Onplanbare zorg, zeker in de woningen en in geclusterde woonvormen, bieden we ook. Afgelegen op het platteland is het weer moeilijker. Je moet dus heel kritisch bekijken waar je welke zorg moet leveren. Een kleine organisatie zal zich verder heel duidelijk profileren op juist de zaken waar ze goed in is. Het is dus best mogelijk dat een kleine organisatie zich specialiseert in bijvoorbeeld zorg voor mensen met de ziekte van Huntington. Of zo'n kleine organisatie levert juist níét dergelijke specialistische zorg, waarbij men duidelijk aangeeft waarom die gespecialiseerde zorg niet kan worden geleverd.

De heer **Potters** (VVD): Ook ik dank alle genodigden voor hun aanwezigheid. Dit is volgens mij een belangrijk onderwerp. Voor de VVD is kleinschalige zorg ontzettend belangrijk. Mijn partij is een groot pleitbezorger van kleinschalige zorg, omdat volgens haar individuen die in Nederland zorg nodig hebben, ook echt zelf keuzes moeten kunnen maken. Ik hoor de heer De Vries nadrukkelijk pleiten voor persoonsvolgende bekostiging. Dat is ook in lijn met de motie die de VVD dit jaar heeft aangenomen. Patiënten moeten kunnen stemmen met hun voeten als ze niet tevreden zijn over de zorg die ze krijgen. Alleen als je de macht bij de cliënt legt, ook qua financiën, zullen zaken veranderen.
Ik hoor een aantal aanwezigen pleiten voor persoonsvolgende bekostiging. Ik stel hierover een vraag aan de heer Slagter, en misschien ook aan mevrouw Vriens en mevrouw Groenenberg. Wat vinden zij hier nu echt van? Dit betekent natuurlijk echt een wijziging van het stelsel. Ik wil het nu niet over stelsel hebben, maar dit zou wel betekenen dat de macht echt verschuift naar de cliënt. De grote zorginstellingen maken zich daarover zorgen. Dat is ook de zorg van de heer Van Dam, en ik snap dat wel. Daar heeft men te maken met vastgoed, afschrijvingen en grote

investeringen. Die zouden van de ene op de andere dag ter discussie kunnen komen staan. We zien echter in Zweden dat dit eigenlijk heel goed loopt. Persoonsgebonden bekostiging betekent eigenlijk niets anders dan dat de cliënt meer de regie voert over het budget en over de gewenste zorg. Volgens mij moeten we met z'n allen wel durven uitspreken dat de toekomst is aan die persoonsgebonden bekostiging. Dat signaal heeft de VVD afgegeven. We moeten volgens mij tegen het kabinet echt zeggen dat er in deze periode stappen in die richting moeten worden gezet. Als we er te lang over spreken, lopen we namelijk het gevaar dat de discussie in een nieuwe kabinetsperiode weer drie jaar vooruit wordt geschoven. Ik vraag dit aan de heer Slagter. Ik snap zijn zoektocht. Het is een zoektocht die we allemaal hebben meegemaakt. Wat vindt de heer Slagter hier nu eigenlijk van? Aan de heer De Vries vraag ik of dit een oproep is die vanuit heel de kleinschalige zorg komt. Wil men daar echt onvoorwaardelijk kiezen voor persoonsvolgende bekostiging?

De **voorzitter**: De heer Potters heeft inmiddels aan zo ongeveer alle aanwezigen een vraag gesteld. Dat is ook een heel mooie manier om iedereen te stimuleren om iets te zeggen over persoonsvolgende bekostiging. De heer Potters is daarvan een warm pleitbezorger, en hij is in de Kamer niet de enige pleitbezorger hiervan. Tegelijkertijd wijst hij op de consequenties. Wat doe je bijvoorbeeld als je geen cliënten krijgt? Wat doe je dan met je vastgoed? Wat doen we als zorgaanbieders hierdoor mogelijk omvallen? Dit is dus meer dan alleen een logische stap waardoor cliënten het stuur meer in handen krijgen. Die twee elementen brengt de heer Potters in. De heer Slagter is gevraagd om te reageren. De heer Van Dam en de heer De Vries hebben hier ook iets over gezegd. De heer Slagter mag nu toch nog iets zeggen over techniek, terwijl hij zojuist zei dat die hem eigenlijk niet zo interesseert.

De heer **Slagter**: Iedereen moet zelf de zorg kunnen kiezen die hij of zij wil. Daarvan ben ik een groot pleitbezorger. Iedereen moet ook zelf kunnen bepalen waar hij of zij wil wonen. Uiteindelijk zullen kleinschalige instellingen overlevingskansen hebben als ze ook echt leveren wat ze in de brochure en op internet aankondigen. Daarom is die toetsing vooraf heel belangrijk. De druk van de regelgeving daarna zou veel minder moeten worden. Ik blijf echter bij wat ik zojuist al zei: de zorg moet wel voor iedereen toegankelijk zijn. Ook voor mensen met alleen een AOW-uitkering moet die zorg toegankelijk zijn. We moeten niet uitkomen bij een situatie waarin mensen die een paar duizend euro in de maand te besteden hebben, wel toegang hebben tot de kleinschalige woonvormen. Of dat er een wachtlijst komt en men zegt: we hebben al drie mensen met alleen een AOW-uitkering en meer mensen in die categorie kunnen we niet hebben, want anders kunnen we de zorg niet bekostigen en valt de tent om. Ik pleit er dus ook voor dat dat door de politiek wordt geregeld. Op die manier ontstaat er echte keuzevrijheid.
De zorgverzekeraars hebben ook allerlei andere eisen. De ene roept dit en de andere roept dat. De een heeft het over een bepaald budget en de ander zegt dat hij er zoveel voor geeft. Het zou goed zijn om de verschillen te bekijken. Ook die beperken de keuzemogelijkheden voor mensen.

De heer **Potters** (VVD): Ik snap dit, maar als we kiezen voor het centraal zetten van de cliënt en voor persoonsvolgende bekostiging, moeten instellingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren zich daar gewoon naar schikken. Natuurlijk moet het macrobudget niet uit de hand lopen. Dit zou uiteindelijk echter wel de keuze kunnen zijn die wij gaan maken. Dat betekent wel dat grote instellingen daar misschien best wel even last van hebben. Daar moeten we volgens mij met z'n allen doorheen. Het zou ons echter helpen als de heer Slagter bij ActiZ zou zeggen: ook al ben ik niet van de techniek, toch zie ik uiteindelijk ook wel voor me dat die persoons-

volgende bekostiging voor de toekomst iets is. Op die manier kunnen we met z'n allen die lijn gaan volgen. Op die manier zullen we elkaar niet alleen maar bevragen over nieuwe systemen, maar zeggen we ook dat we naar die persoonsvolgende bekostiging toe moeten. Juist op die manier kunnen we de zorg dichterbij brengen. Dat was eigenlijk mijn concrete vraag aan de heer Slagter.

De **voorzitter**: De heer Potters ontlokt de heer Slagter steun voor persoonsvolgende bekostiging. Dat heeft hij inmiddels tussen de regels door ook bij het Nationaal ZorgFonds gedaan, zo heb ik begrepen. Ik heb als voorzitter en als lid van een politieke partij zelf ook de mogelijkheid om vragen te stellen. Die heb ik er zo hier en daar al tussendoor gefietst. Hoe geven we cliënten het stuur in handen? Hoe zorgen we ervoor dat dat voor zorgaanbieders hanteerbaar is? Enerzijds hoor ik een pleidooi voor persoonsvolgende bekostiging. Dat snap ik wel. Anderzijds wordt er gepleit voor meerjarige inkoopafspraken. Als we beide zaken combineren, is dat misschien wat verwarrend. Ofwel je geeft mensen de mogelijkheid om te kiezen voor één zorgaanbieder gedurende het hele jaar, ofwel je stapt af van dat gedoe van jaarlijks die 65 pagina's. Dan zeg je: we maken er gewoon twee pagina's van. Volgens mij kan dat inderdaad op twee A4'tjes. Dan zeg je: weet je wat, we doen dat niet elk jaar, maar gewoon voor een x-aantal jaren. Dan weten we ook waar we aan toe zijn en kan de organisatie een strategie uitstippelen. De insprekers zijn aanbieders. De heer Potters stelde hierover een vraag en hij bracht de voordelen van de persoonsgebonden bekostiging naar voren. Aansluitend daarop wil ik vragen wat de insprekers vinden van de consequenties. Kunnen zij op dat element ingaan? We waren bij de heer Slagter gebleven, maar misschien was hij al klaar met het geven van zijn antwoord. Ik wil ook de heer Van Dam, mevrouw Vriends en de heer De Vries hierover graag horen.

De heer **Van Dam**: Als we de keuze van de cliënt leidend laten zijn, lost dat niet alle problemen op. Stel dat de heer Slagter en mevrouw Vriens in dezelfde regio zouden werken en mevrouw Vriens zou een kleinschalig huis hebben met bijvoorbeeld twintig bedden. Stel dat er bij mevrouw Vriens tien bedden leeg zouden staan. Stel dat mijnheer Slagter daarbij een huis met tien bedden zou willen openen. Dat zou betekenen dat de tien bedden van mevrouw Vriens niet meer levensvatbaar zouden zijn. Maar toch willen de bewoners die in het huis van mevrouw Vriens wonen, daar blijven wonen. Daaruit blijkt dat de eisen van de klanten niet altijd kunnen worden gecombineerd. Daarom pleit ik toch voor een rol voor het zorgkantoor. Daar moet men zulke afwegingen maken. Aan de keuzes van beide groepen cliënten zou eigenlijk tegemoetgekomen moeten worden. Het cliëntvolgend systeem zal volgens mij met name voordeel hebben bij de uiteindelijke verantwoording. De commissie heeft gevraagd om dit op papier te zetten. Ik wil geen concrete uitwerking maken, maar een meer theoretische. Als wij het cliëntdossier en alle zorgafspraken eigendom van de cliënt zouden kunnen maken en als tevredenheid van de cliënt uiteindelijk zou voldoen als betaaltitel, dan zou de enorme omvang van de cyclus van controle en wantrouwen kunnen afnemen. Al het geld dat we daarmee zouden besparen, zou kunnen worden ingezet voor meer handen aan het bed.

Mevrouw **Vriens**: De voorzitter heeft gelijk; als we een volledige cliëntvolgende bekostiging zouden invoeren, moet er een heel nieuw systeem komen. Dat zou betekenen dat er geen zorginkoop meer zou zijn. Die is dan immers niet nodig. Ergens krijgt dan iemand een indicatie. Bij die indicatie hoort een bepaalde hoeveelheid geld. We moeten dan wel bekijken hoe we ervoor zorgen dat mensen met alleen een AOW-uitkering een bepaalde levensstandaard hebben. Dat ben ik helemaal met de heer Slagter eens. Daarover kun je echter afspraken maken. Daarna moet je zelf

gewoon laten zien dat je het waard bent. Als je geen goede kwaliteit levert en de cliënten niet bij jou zorg willen afnemen, dan val je inderdaad om. Aan alle kleine leden hebben wij deze vraag voorgelegd. Bij alle respondenten waren er wachtlijsten. Alle respondenten zeiden: als ik slechte kwaliteit lever, dan is het gevolg dat cliënten weg zullen blijven. Dat klopt.

De heer **De Vries**: Dat laatste beaam ik. Onze vereniging van zorgaanbieders pleit al jaren voor persoonsvolgende bekostiging, maar ActiZ staat daar ook niet naïef in. Onze leden beseffen terdege dat dat consequenties zal hebben. Daar wordt echter eigenlijk nu al op ingespeeld, want ook grote zorgaanbieders proberen nu al zo veel mogelijk maatwerk te bieden. Zij worden daarbij echter belemmerd door het systeem. Zij proberen zo veel mogelijk cliëntvolgende en kwalitatief goede zorg te leveren. Dat zijn uiteindelijk de criteria voor cliënten. Daarvan hangt af of zij kiezen voor jouw instelling of niet. Wij hopen dat we met het experiment scherper in beeld krijgen wat de voor- en de nadelen zijn. De heer Van Dam zei al eerder: we moeten dit natuurlijk niet zomaar, van de ene op de andere dag invoeren. Daarom beginnen we met experimenten in een bepaalde regio. Het ziet er nu gelukkig naar uit dat hier ook zorgkantoren aan mee willen werken en dat zij die beweging willen maken. Laten we zo gaan ontdekken of er mogelijk ook nadelen aan zitten. Het is goed om die op tijd te ontdekken en te zien, zodat we daarop het systeem weer kunnen aanpassen.
De voorzitter heeft het over een spanningsveld. Enerzijds pleiten we hier aan tafel voor meerjarige afspraken. ActiZ loopt daarbij voorop. Anderzijds pleiten we voor individuele, persoonsvolgende bekostiging. Daarbij is het elk jaar onzeker of de zorgvrager wel voor jou zal kiezen. Meerjarige afspraken zouden zich wat ons betreft vooral op het macro-kader, het grote kader moeten richten. Op cliëntniveau hebben we geen meerjarige afspraken. Op dat niveau moet er ruimte zijn voor het maken van afspraken tussen de individuele zorgaanbieder en de cliënt. Nu worden er afspraken gemaakt waarbij men veel te veel ingaat op de vraag hoe het moet gaan bij de zorgaanbieder en in de instelling. Daarmee moet men zich niet bemoeien. De meerjarige afspraken moeten er echter gewoon zijn om zekerheid te bieden over het kader waarbinnen de instellingen kunnen werken aan het maken van goede afspraken met hun cliënten. Als je echter bij persoonsvolgende bekostiging goede zorg levert, heb je op die manier vanzelfsprekend ook meerjarige afspraken met je cliënten. Ook op individueel niveau kun je tot meerjarige afspraken komen. Daarbij moeten we overigens ook onderkennen dat verpleeghuiszorg steeds korter duurt. Steeds meer mensen kunnen en willen gelukkig zo lang mogelijk thuis wonen. Daardoor neemt de tijd dat men in een verpleeghuis verblijft af. Dat is ook een realiteit. Je hoopt echter dat mensen juist in de laatste fase van hun leven ook kunnen kiezen voor de zorgaanbieder die past bij de cultuur of sfeer die de cliënt wenst.

De **voorzitter**: Het is nu vijf voor half twaalf. Deze woorden vormen een mooie afsluiting. Mensen moeten in de laatste jaren van hun leven de zorg kunnen krijgen die past bij hun persoonlijke omstandigheden en wensen. Ik wil dit blok afronden, maar ik zie dat mevrouw Vriens nog iets wil zeggen. Ik ken haar inmiddels.
Ik wil nog een paar dingen benadrukken. Deze hoorzitting staat niet op zichzelf. Ik noem de petitie die eerder is aangeboden door «Wie het kleine niet eert...», de zoektocht rondom het experiment met persoonsgebonden bekostiging, de aanpak van de administratieveregeldruk en de algemene maatregel van bestuur rond de zorginkoop. Met al deze ingrediënten is de commissie bezig. De insprekers hebben ons ook een en ander geleverd. Er zijn de position papers. Een aantal commissieleden heeft ook nog nadrukkelijk verzocht om een aanscherping of aanvulling waar nodig. Het verzoek om die naar de commissie te sturen, staat. Een en ander zal

uiteindelijk leiden tot een hoofddebat of een algemeen overleg waarin wij hiermee verder zullen gaan. De heer De Vries had het over het laatste jaar van het kabinet. Ook het kabinet zal hierbij geen tijd verloren moeten laten gaan, maar zal nog een aantal substantiële stappen moeten zetten rond het cliëntvolgend systeem, het aanpakken van regeldruk en de zaken rond de inkoop. De insprekers hebben ons heel belangrijke informatie meegegeven, maar dit is zeker niet het eind van dit proces.
Het is goed gebruik om mevrouw Vriens de laatste oneliner te laten uitspreken.

Mevrouw **Vriens**: Die gaat over regeldruk. De commissie zegt: wij wachten op een brief van Staatssecretaris Van Rijn over regeldruk, want VWS regelt dit. Sorry, de regeldruk komt van de zorgkantoren, de accountants, de inspectie. VWS roept daar wel iets over, maar kan er niets over zeggen. Dat is mijn ervaring.

De **voorzitter**: Dit moest zeker nog even gesteld worden. Wij zullen erop letten dat wij niet alleen de regeldruk die uit de torens van VWS komt ter sprake brengen, maar ook wat er doorheen sijpelt. Overigens zorgen niet alleen de zorgkantoren voor regeldruk, want sommige zorgaanbieders kunnen er ook wat van.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik wil hierover toch een laatste opmerking maken, voorzitter. Wat u zegt, klopt voor een groot gedeelte. Waartoe ik u zojuist opriep, geldt dan ook zeker daarvoor. Laten we kijken wat we dan toch met elkaar kunnen.

De **voorzitter**: Het laatste woord kwam van mevrouw Keijzer. Dank.

Blok 2: Zorginkopers

Gesprek met:
De heer O. Gerrits (Zilveren Kruis Achmea)
De heer R. Kox (VGZ)
De heer M. Barschot (Branchevereniging voor kleinschalige zorg)
De heer D. Pons (DSW)

De **voorzitter**: Hartelijk welkom bij het tweede deel van de hoorzitting over kleinschalige zorg. Deze hoorzitting is eigenlijk een initiatief van «Wie het kleine niet eert...». Vertegenwoordigers van die initiatiefgroep waren bij het eerste blok aanwezig. Door de commissie is het voorstel opgepakt om over de kleinschalige zorg een hoorzitting te organiseren. In het eerste blok hebben we gesproken met kleine en grote zorgaanbieders. Daar werd ook al een aantal keren over de rol van de zorginkopers en de zorgkantoren gesproken. Wellicht was een aantal van de huidige insprekers bij het eerste blok aanwezig. Zij hebben dan hun namen en rollen al regelmatig voorbij horen komen. Ik kan mij zomaar voorstellen dat zij stonden te popelen om daarover iets te zeggen. Daartoe krijgen zij nu de gelegenheid.
Aanwezig is de heer Sjerp, de griffier. Daarnaast zitten mevrouw Siderius (SP), de heer Bisschop (SGP), mevrouw Bergkamp (D66), mevrouw Voortman (GroenLinks), mevrouw Keijzer (CDA) en de heer Potters (VVD). Ik ben Otwin van Dijk (PvdA) en ik mag voorzitter zijn van deze bijeenkomst. U krijgt allemaal de gelegenheid om enkele minuten uw positie te schetsen. Een aantal van u heeft een positon paper ingediend. Dank daarvoor. Daarna zullen mijn collega's u een vraag stellen. Laten wij proberen om niet allerlei politieke statements te maken. Deze hoorzitting is bedoeld om informatie op tafel te krijgen. Laten we daar de inbreng zo veel mogelijk op richten.

Ik geef eerst het woord aan de heer Gerrits, die spreekt namens Zilveren Kruis Achmea.

De heer **Gerrits**: Voorzitter, beste leden van de vaste Kamercommissie en dames en heren op de publieke tribune, mijn naam is Olivier Gerrits. Ik ben directeur Zorginkoop van Zilveren Kruis. In die hoedanigheid ben ik verantwoordelijk voor zowel de inkoop in de Zorgverzekeringswet als de inkoop in de Wet langdurige zorg. Ik zou dus veel van de vragen die langs zijn gekomen, moeten kunnen adresseren.
Ik hoop dat bekend is dat wij in tien zorgkantoorregio's inkopen voor alle inwoners in de regio. Verder hebben wij ruim 4 miljoen verzekerden voor wie wij in de Zorgverzekeringswet inkopen. Het startpunt van onze inkoop is toch uiteindelijk de behoefte van de klanten. Wij hebben de ambitie om de beste zorg voor onze klanten in te kopen. Dat doen wij door een gevarieerd aanbod in te kopen dat aansluit op de zorgvraag. Kwaliteit en doelmatigheid staan daarbij voorop, niet de omvang van de aanbieder.
We functioneren in een dynamische omgeving waarin veel verandert. Dat brengt onzekerheid met zich mee voor partijen: voor verzekerden, voor patiënten, voor cliënten, voor zorgverzekeraars, en zeker ook voor aanbieders, zowel kleine als grote aanbieders. Wij onderschrijven de opvatting van de initiatiefnemers van «Wie het kleine niet eert...» dat de kwaliteit leidend zou moeten zijn en de cliënt of patiënt centraal zou moeten staan. In de Zorgverzekeringswet is van oudsher inkoopbeleid gericht op zorgsegmenten. Het inkoopbeleid is van oudsher aanbodgericht. Zilveren Kruis beweegt hierin en koopt sinds kort in op basis van zorgmodules. Daarin staan specifieke aandoeningen centraal, bijvoorbeeld depressie of kanker. Ook kunnen specifieke behoeftes van doelgroepen centraal staan, bijvoorbeeld ouderen of mensen met obesitas. In de Wlz zetten we gezamenlijk nadrukkelijk in op vernieuwing van het zorgaanbod. Dat is ook in lijn met de wensen van cliëntenorganisaties, het ministerie en ook zorgaanbieders. Daarbij richten we ons op kwaliteit en cliëntgerichtheid.
In de langdurige zorg is volgens mij alles erop gericht om ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk op een waardige manier zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, of in ieder geval zelfstandig kunnen wonen in een voorziening waar zij zich thuis voelen. Ook is voor ons een belangrijk uitgangspunt dat we de wijkverpleegkundigen een steviger positie willen geven. Zij moeten, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid, de zorg in de wijk kunnen leveren. Op die manier kunnen wij er zo goed mogelijk voor zorgen dat de zorg aansluit op de behoeften.
Er is al gezegd dat in de Wlz de extramuralisering natuurlijk van invloed is. Die invloed kan per aanbieder verschillen en hangt af van verschillende factoren. Op welke populatie richt de zorgverlener zich? Wat zijn de zorgvormen die worden geleverd? Persoonsvolgende bekostiging is natuurlijk veel aan bod gekomen. Die manier van bekostiging biedt volgens mij veel kansen. Die zijn geadresseerd. Maar deze bekostiging levert ook risico's op. Ook die zijn al langsgekomen. Het is misschien goed om daar straks nog even op door te gaan.
Ik zei al dat Zilveren Kruis een breed en gevarieerd aanbod inkoopt. Dat aanbod moet vooral aansluiten op de zorgvraag van onze klanten. Nieuwe aanbieders die een duidelijk en onderscheidend zorgaanbod hebben, en voor de klant toegevoegde waarde hebben, komen absoluut in aanmerking voor een contract. Dat zijn namelijk de aanbieders die we nodig hebben. Ook de Staatssecretaris heeft in de vernieuwingsagenda voor de Wlz, die de naam «Waardig leven met zorg» draagt, geschreven dat hij samen met zorgkantoren echt die ruimte wil creëren voor verdere vernieuwing van het zorgaanbod. Die ruimte bieden we, maar we moeten ons ook realiseren dat ruimte voor vernieuwing van aanbieders een impact heeft op bestaande aanbieders.

Last but not least wil ik zeggen dat voor Zilveren Kruis behalve een breed zorgaanbod ook andere factoren van belang zijn, zoals een goede organisatie van het zorgaanbod, en samenwerking en samenhang. De verschillende typen zorg moeten een samenhang hebben, maar ook moet men met de andere parttijen samenwerken, zoals met de huisartsen en niet te vergeten met de gemeenten. Die samenhang en samenwerking is voor Zilveren Kruis ook belangrijk. Een te grote versnippering van aanbod bemoeilijkt die samenwerking. Als zorgverzekeraar en zorgkantoor doen wij ons best om een goede balans te vinden tussen die verschillende belangen. De keuze van de klant speelt daarbij een rol, maar ook moeten we ervoor zorgen dat er een samenhangend aanbod is. Dat is voor de kwaliteit volgens ons extreem belangrijk.

De **voorzitter**: Dank u wel. Het woord is aan de heer Kox. Hij spreekt namens VGZ.

De heer **Kox**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging om hier met u te spreken over de kleinschalige zorg in de Wlz. U hebt al een position paper van mij gehad. Volgens VGZ wordt de meerwaarde van aanbieders in de Wlz vooral bepaald door de keuze van de cliënt. Er moet voldoende divers aanbod zijn. Als cliënten kiezen voor een bepaalde aanbieder die voldoet aan de voorwaarden voor zorglevering, faciliteren wij die keuze graag. Wij maken daarbij niet direct een onderscheid tussen kleine en grote aanbieders.
Ik ben bij VGZ voor heel Nederland manager van de langdurige zorg. De vragen die daarover gaan, kan ik dus beantwoorden. Ik weet ook voldoende over de wijkverpleging om vragen daarover te kunnen beantwoorden.
Ik kom toch even terug op wat beelden die in het eerste blok naar voren kwamen over de inkoop 2016. Wij hebben het over meerjarenafspraken. VGZ heeft voor de inkoop voor 2016 75% meerjarenafspraken gemaakt. Ongeveer 200 van de 278 aanbieders hebben een meerjarencontract. Bij VGZ hanteren we bij de inkoop eigenlijk al jaren het dialoogmodel. We voeren de dialoog met aanbieders, ook met nieuwe, kleine aanbieders. We nodigen daarbij ook de cliëntenraden uit. Ook voor de meerjarenafspraken geldt dat het niet zo is dat de afspraken die over de 3% worden gemaakt, elk jaar opnieuw worden bijgesteld. Hierover worden gewoon afspraken voor jaren gemaakt. Met elkaar evalueren we hoe dat gaat. Dat is toch van belang voor het beeld over de inkoop.
Bij de inkoop voor 2017 zijn er nog wat aanvullingen voor de nieuwe aanbieders. Zij krijgen namelijk tot 1 augustus 2017 de tijd om te voldoen aan de voorwaarden. We kunnen ons voorstellen dat kleine aanbieders niet direct aan alle voorwaarden voldoen. Zij krijgen daarom daarvoor iets langer de tijd. Niet alleen VGZ, maar de hele branche nodigt ook pgb-gefinancierde wooninitiatieven uit om te offreren.
Dit brengt mij op een voorbeeld dat ik zelf in de praktijk heb gezien. Daarbij komt ook naar voren waarom wij de mening van cliënten belangrijk vinden. Tijdens bewustekeuzegesprekken met pgb-houders kwamen wij erachter dat mensen kozen voor een wooninitiatief en niet voor het pgb. Aanbieders zeiden daar: op dit ogenblik hebben we geen contract, dus u moet toch kiezen voor een pgb. Bij de bewustekeuzegesprekken bleek dat de mensen niet wisten waar «pgb» voor stond en zij kenden hun rechten en plichten daarbij ook niet. Het kwam dus eigenlijk neer op «tekenen bij het kruisje». Wij hebben de aanbieder toen uitgenodigd en tegen hem gezegd: we moeten de keuze van de klanten faciliteren. We hebben gezegd: deze klanten kiezen niet voor het pgb, dus we moeten bekijken hoe we datgene mogelijk kunnen maken waar ze wél voor kiezen. Dit is een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk.
Dat is ook te lezen in de vernieuwingsagenda. De Staatssecretaris is daar bij de opening geweest. Het ging om 21 plekken in kleinschalige zorg voor

mensen met geheugenproblemen en dementerenden. Daar hebben we de slag gemaakt van pgb naar zorg in natura. We hebben de cliënten geïnformeerd. Ik leg regelmatig huisbezoeken in het kader van de pgb's af, waarbij ik constateer dat mensen het belangrijk vinden dat betaald wordt, of dat nu in de vorm van een pgb of in de vorm van zorg in natura gebeurt. Ze willen dat wij dat voor hen regelen, met zo weinig mogelijk administratieve lasten. We hebben daarvoor een module gemaakt, waarin de administratieve lasten voor de cliënt en de aanbieder fors worden verminderd. Ik word regelmatig gebeld door diverse initiatiefnemers om al voor de inkoop van 2017 met hen daarover van gedachten te wisselen. Ik loop hier zo'n dertien jaar mee en weet dat het lang zo was dat nieuwe initiatieven alleen via pgb's gefinancierd konden worden. Ik zeg tegen aanbieders: het is allemaal belastinggeld van u en van ons. We moeten hier echt de cliëntkeuze volgen, waar we als het gaat om de leveringsvormen op moeten aansluiten.

De heer **Barschot**: Voorzitter. Dank voor de uitnodiging. Ik vond het heel verrassend, maar ook heel erg slim van de commissie om mij in te delen in het blok van de zorginkopers, die ik natuurlijk niet vertegenwoordig; dat doen mijn buren. Ik vertegenwoordig wel de kleinschalige zorgaanbieders. Voor de kwaliteit van de discussie is dit gemengde gezelschap wel heel goed.
Er is gevraagd naar de toegevoegde waarde van kleinschalige aanbieders in de zorg. Die positie is op dit moment een heel lastige. We hebben daar in het eerste blok het nodige over gehoord. Dat heeft te maken met de vraag hoe je je in het stelsel handhaaft, gelet op alle eisen die op je af komen. Ook is het de vraag hoe je er überhaupt in komt, in dat stelsel. Wat zijn de eisen, kom ik in gesprek met zorgkantoren, zitten ze op mij te wachten, et cetera? Die positie is, zoals gezegd, een heel lastige. Ik moet zeggen dat de richting waarin bewogen wordt wel een heel goede is. Een aantal jaren geleden voerden we een heel andere discussie in de AWBZ over de mogelijkheden van kleinschalige aanbieders dan we nu voeren in de Wlz. Deze transitie levert overigens op haar beurt haar eigen lastendruk op. Probeer al die programma's maar eens te volgen en probeer maar eens op alle plaatsen te zijn waar dingen worden besproken die voor jou van belang zijn. Dat is voor grote aanbieders net wat makkelijker dan voor kleine aanbieders.
Hun rol en functie bestaan vooral uit het bieden van maatwerk aan cliënten, uit het bieden van passende zorg, van de menselijke maat in de zorg. In een brief van de voorganger van de huidige Staatssecretaris stond ooit dat de kwaliteit in de langdurige zorg wordt bepaald door de relatie tussen professional en cliënt. In heel veel kleinschalige organisaties geldt dat veel nadrukkelijker dan in heel veel grote organisaties. Dat heeft met geschiedenis te maken en met het feit dat heel veel kleine organisaties uit onvrede van oprichters of van klanten over grote organisaties zijn ontstaan. Ze zijn heel erg gericht op de menselijke maat die de kwaliteit veroorzaakt.
Betekent dit dat grote organisaties dat niet zouden kunnen? Nee, dat betekent het niet. Ook grote organisaties kunnen op een kleinschalige manier hun zorg organiseren op locatie. Dat heeft te maken met de plaats waar de beslissingsbevoegdheid en de risicobewaking worden neergelegd. Als ik op heel grote afstand verantwoordelijk ben voor tientallen locaties, ga ik om mezelf in te dekken een systeem optuigen dat er uiteindelijk voor zorgt dat het op die locaties niet meer werkbaar is, maar ik heb dan wel al mijn vinkjes gezet. Een deel van de administratieve lastendruk in de zorg komt dus niet uit het systeem, maar vanuit de grote organisaties zelf. Hoe ga ik ervoor zorgen dat ik niet word aangesproken op iets wat ik eigenlijk niet kan overzien? Dan wil ik voortdurend ingelicht worden. In kleinere organisaties is dat per definitie veel minder aan de orde, omdat daar de verantwoordelijken veel dichter op het werkproces

zitten, zodat ze veel beter de kwaliteit en de risico's kunnen beoordelen. Daardoor worden daar minder rapportagesystemen opgetuigd dan in grote organisaties het geval is. Maar ook grote organisaties kunnen de zorg kleinschalig organiseren. Dat betekent dat verantwoordelijkheden daar worden neergelegd waar ze het beste gedragen kunnen worden, waardoor een stukje controle moet worden losgelaten. Dat betekent misschien ook wel lef en moed om dat risico te willen nemen.
Wat inkoop betreft wil ik één heel simpel punt maken: diversiteit is kwaliteit. Er is één beste manier om een hersteloperatie van een kruisband te doen en dat is over tien jaar een ander dan nu. Dat heet voortschrijdend inzicht. In de langdurige zorg gaat het over relaties, en daar is niet één beste manier voor. Wat daar nodig is, is diversiteit. Het systeem moet dat faciliteren. Als je zorgmijders wilt bedienen, moet je er niet als een zorginstelling uitzien. Je moet je zaken echt anders organiseren. Er moet meer ruimte ontstaan voor de echte kwaliteit en dat betekent diversiteit.

De heer **Pons**: Voorzitter. Dank dat ook de luis in de pels van de verzekeraars is uitgenodigd. Wij proberen als DSW echt meer dan een schadeverzekeraar een zorgverzekeraar te zijn. We proberen dicht op de zorg te zitten. Dat heeft in de tijd van al die transities betekend dat we met gemeenten allerlei convenanten hebben gesloten, omdat we vonden dat de klant niet de dupe mag worden van het feit dat de zorg in meerdere compartimenten geregeld wordt.
We zijn tegenstander van fusies. Tegen de ACM hebben we gezegd: maak samenwerken nou makkelijker, zodat al die fusiedrift eens klaar is. Daar is sprake van doorgeschoten marktwerking. Mijn collega Gerrits geeft is verantwoordelijk voor ruim 5 miljoen verzekerden. Ik denk dat we een beetje terugverlangen naar de regionale verzekeraar, die de zorg hoog in het vaandel heeft.

De **voorzitter**: Mijnheer Pons, u houdt een heel gepassioneerd betoog. Ik vraag u wel of u zich wilt onthouden van al te veel zendtijd voor de eigen zorgverzekeraar. Wilt u zich richten op het onderwerp van vandaag?

De heer **Pons**: Dat ga ik nu doen, maar beide zaken zijn natuurlijk wel aan elkaar gekoppeld. Het kon niet helemaal zonder dat element. Ik weet ook dat niet alle leden daar voorstander van zijn, maar dat is helemaal niet erg.
We hebben iets met kleine aanbieders. Dat is een beetje een gevolg van wat ik net zei. Het is voor de kleine aanbieders wel lastig – mijn buurman zal dat beamen – omdat de governance-eisen en de AO/IC-eisen aanzienlijk zijn. Als we weten dat het een goede club is, vraag ik me wel eens af of dat niet wat meer low profile kan. Daar moeten we met z'n allen aan werken.
Er is wel een frictie, omdat we te maken hebben met een paar grote zorgaanbieders, die soms megalomaan geacteerd hebben. Rob van Dam is met z'n Careyn nu gelukkig bezig om dat toch weer terug te brengen tot normale proporties. Maar het zijn wel grote clubs die voor ons in het kader van de zorgplicht heel belangrijk zijn. Als zij slecht uit al die transities en die extramuralisering komen, hebben we als verzekeraar een probleem. Dat krijgen we nooit opgevangen met alleen maar het toelaten van allemaal kleine aanbieders. Dat wil ik toch wel genoemd hebben. Ik wil vooral rust aan het front, dus geen overhevelingen meer. Ik wil eens twee jaar hetzelfde, zodat ik die twee jaar met elkaar kan vergelijken. Dat is in alle sectoren, waaronder de ziekenhuissector, niet het geval geweest.
Er zijn prikkels die hier en daar pervers zijn. Het pgb heeft toch voordelen boven zorg in natura. Wijkverpleging wordt vaak verkozen boven de Wlz, omdat dan de eigen bijdrage er niet is. Moeten we daar niets aan doen?
DSW is hard bezig met administratieve lastenverlichting. Aan de plannen die de zorgverzekeraars van ons vragen, doen we niet mee, want we

hebben het voor onszelf vrij aardig in beeld. Ik denk dat die verlichting met name voor de kleine aanbieder heel belangrijk kan zijn.

Mevrouw **Siderius** (SP): Voorzitter. Belangrijkste vraag over de zorginkoop van kleine zorgaanbieders en de zorgkantoren is hoe zij daarbij aan tafel komen. We hebben een landelijk inkoopkader. Klopt het dat dat nadeliger voor kleinschalige zorgaanbieders is ten opzichte van de grote zorgaanbieders? Zo ja, wat zouden we eraan kunnen doen om ervoor te zorgen dat we die kleinschalige zorgaanbieders meer in positie brengen, ook gelet op de zaken die in het vorige blok zijn genoemd?

De **voorzitter**: Dit lijkt me een cruciale vraag, die ook in het eerste blok aan de orde is geweest. Je ziet bij inkoop en verantwoording een aantal knelpunten waarmee kleine zorgaanbieders te maken hebben. Herkent u dat, en zo ja, wat kunnen we daaraan doen?

De heer **Gerrits**: Zoals gezegd, maken wij geen onderscheid tussen groot en klein. Wij willen een gevarieerd aanbod hebben. Je moet daarbij wel onderscheid maken
tussen bestaande aanbieders en nieuwe aanbieders. We moeten bij nieuwe aanbieders kritisch beoordelen of daadwerkelijk sprake is van toegevoegde waarde. Er moet daarbij een goede toets plaatsvinden.
Voor bestaande aanbieders geldt dat er bij de inkoop van zorg ruimte is. In de Wlz wordt natuurlijk rekening gehouden met bestaande aanbieders, die een budgetgarantie krijgen. Is dat tegen de wens van klanten? Binnen instellingen zijn klanten aanwezig. Een garantie voor klanten die nu binnen intramurale instellingen behandeld worden of daar wonen, is ook een vorm van geld-volgt-klant. Vooral bij de herschikking geven we veel aandacht aan persoonsvolgendheid. Wij zullen in twee regio's participeren in experimenten om de voordelen en mogelijk ook nadelen van persoonsvolgendheid te bekijken.
Over administratieve lasten hebben we deze commissie eerder een position paper gestuurd als het gaat om de wijkverpleging. Daar wordt 90% van de administratieve lasten niet door de verzekeraars veroorzaakt, maar door toezichthouders, verantwoording en deels eigen organisaties. In de Wlz zijn veel van de eisen afhankelijk van wet- en regelgeving en brancheorganisaties. Hier ligt een enorme gemeenschappelijke beperkingsopgave. ZN is actief bezig met een traject. Onnodige administratieve lasten zitten ons alleen maar in de weg.

Mevrouw **Siderius** (SP): Mijn vraag was toch een andere. Kleinschalige zorgaanbieders kunnen niet altijd aan de eisen van de zorginkopers voldoen. Ik noem als voorbeeld het keurmerk. Dat kost wat. Als je een grote aanbieder bent, heb je vaak wat meer geld in kas dan een kleinschalige zorgaanbieder, en dan zit je al met een probleem. Aan dat soort eisen kunnen kleinschalige zorgaanbieders niet voldoen. U zegt dat u geen onderscheid maakt. Dat is mooi. Maar daar zit natuurlijk ook het probleem, want niet de grootte van je organisatie maakt of je wel of niet voldoet aan de eisen die Zilveren Kruis stelt. Kunt u daarop kort ingaan?

De heer **Gerrits**: Zeker. Het gaat bij de Wlz om de ophoging van 3% ten opzichte van de initiële garantie. Wij vragen verbeterplannen waarbij we geen eisen stellen aan hoe die eruit moeten zien. We laten de ruimte aan het veld om te laten zien hoe ze de kwaliteit willen verbeteren. We hebben daarvoor geen vormvereisten. Er is dus geen sprake van een keurmerk, zoals door u genoemd.

De heer **Pons**: Wij proberen niet heel rigide te kijken naar al die eisen. Er is een landelijk kader waaraan we ons zo veel mogelijk houden. Maar wij zijn ertegen dat iedere verzekeraar er nog eens eigen indicatoren aan

toevoegt. Dan maken we er met z'n allen een grote puinhoop van. Als ik het idee heb dat daar goede kwaliteit wordt geleverd en dat er een solide organisatie staat, die ook financieel een bepaalde continuïteit garandeert – die verantwoordelijkheid heb ik wel – dan zijn ze welkom. Ik geloof niet dat we bij ons in de regio heel erg veel drempels opwerpen voor nieuwe toetreders.

De heer **Barschot**: Als het gaat over die keurmerken en dat soort lasten moeten we heel goed nadenken over wat daarvan eigenlijk de bedoeling was. Neem de verplichting om boven de 50 cliënten een cliëntenraad te hebben. Dat is bedoeld om ervoor te zorgen dat cliënten inspraak hebben in hoe de zorg wordt georganiseerd. Maar als ik een instelling met 24 mensen heb en ik ontbijt iedere dag met al mijn cliënten, wat is dan nog de meerwaarde van een cliëntenraad? Hoe organiseer je de inspraak van cliënten? In een organisatie met 5.000 cliënten heeft dat echt een andere vorm nodig dan in een organisatie met 50 cliënten. Daar moet je naar kijken. Je zou alleen moeten aantonen dat je hebt nagedacht over de organisatie daarvan. Dat kun je doen met een keurmerk of met een cliëntenraad, waarvan gemotiveerd kan worden afgeweken. Schep die ruimte. De persoonsvolgende bekostiging heeft daar heel veel mee te maken. Zorgkantoren moeten nu dingen regelen die cliënten in de pgb vaak zelf regelen. Ik hoor verbeterplannen langskomen. Als de persoonsvolgende bekostiging goed wordt ingevoerd, heb ik geen verbeterplan nodig voor het zorgkantoor. Dan moet ik zorgen dat mijn zorg op orde is, omdat anders mijn cliënten weglopen, waardoor ik omval. Dan hoeft het zorgkantoor niet meer overtuigd te worden van mijn kwaliteit. Dan moet ik mijn cliënten daarvan overtuigen, want anders ben ik gewoon weg. Dan haal je die trap ertussen uit. Dan maak je het een stuk eenvoudiger.

De heer **Kox**: In de AWBZ controleren we als zorgkantoren de toegevoegde waarde. We hebben nu gezegd: de meerwaarde wordt bepaald door de cliënt. Als er kleinschalige aanbieders zijn met cliënten, zullen we daarmee zeker in gesprek gaan. We nodigen kleinschalige initiatieven en nieuwe aanbieders uit om met ons die dialoog aan te gaan, in de geest van de regeling. Als ze niet voldoen aan bepaalde eisen, hebben ze tot 1 augustus te tijd daarover gezamenlijke afspraken te maken.

De heer **Bisschop** (SGP): Voorzitter. Ik heb de indruk dat de perceptie van keuzevrijheid, maatwerk en het centraal stellen van de klant tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren aan de ene kant en de aanbieders aan de andere kant nogal uiteenloopt. Ik hoor de heren Gerrits en Kox nadrukkelijk zeggen: de klant moet centraal, de keuze van de klant moet worden gehonoreerd. Tegelijkertijd constateer ik, ook op basis van het vorige blok, dat de kleinere aanbieders toch tegen blokkades aanlopen. Ze krijgen onvoldoende budget om voldoende cliënten die zich melden toe te laten. Daardoor ontstaan er wachtlijsten. Wat doen betrokkenen daaraan, zodat de klant daadwerkelijk centraal komt te staan? Mag ik concluderen dat ook de zorgverzekeraars en de zorgkantoren voor een cliëntvolgend budget, die andere vorm van financiering, zijn?

De heer **Gerrits**: Als je kijkt naar ons Wlz-inkoopbeleid: in 2016 hebben we voor de herverdeling van middelen op belangrijke onderdelen het geld-volgt-klantprincipe. Daarbij wordt op basis van de dialoog met partijen bekeken waar wachtenden zijn en waar die een plek kan worden gegeven. Het is heel belangrijk, daarbij onderscheid te maken tussen die wachtenden die ook direct in zorg genomen moeten worden en mensen op de wachtlijst, die daar staan voor als ze in de toekomst zorg nodig hebben. Dat is best lastig. VWS doet daar aanvullend onderzoek naar. Het inkoopbeleid 2017 voor de Wlz kan ik niet in detail met de commissie delen, omdat de procedure daarvoor over een week bekend wordt

gemaakt. Gelet op de spelregels kan ik dat niet in de breedte delen. Wat ik wel kan zeggen, is dat we daar persoonsvolgendheid meer een plek geven dan in 2016. Maar nogmaals, ik kan dat nu niet in detail meedelen.
Hoe kijken we tegen persoonsvolgendheid in de financiering aan? We doen niet voor niets mee aan dat experiment. Daar hebben we al daadwerkelijke afspraken over gemaakt. Wij vinden dit punt erg belangrijk. Financiering gestoeld op de wens van de cliënt is een uitdaging waarvoor we allemaal moeten gaan.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter, een punt van orde. Waarom is dit geheim? Dit zijn toch gewoon inkoopdocumenten, die op sites staan?

De heer **Gerrits**: Ik heb het over 2017. De gegevens voor dat jaar zijn nog niet gepubliceerd. In verband met procedurele regels kan ik die niet in detail delen.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Maar na alles wat u net hebt gezegd, neem ik aan dat dat niet veel afwijkt van 2016.

De heer **Gerrits**: Ja, dat wil ik dus wel zeggen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat mevrouw Keijzer, als ze op dit punt nog vervolgvragen heeft, dat meeneemt in haar beurt.

De heer **Kox**: Wat hebben we als VGZ in 2016 al gedaan als het gaat om de persoonsvolgende bekostiging? Op de maandelijkse bevoorschotting van al onze aanbieders hebben we gekeken naar verschillen. Daar hebben we de aanbieders op aangesproken. Voor de kleine aanbieders is daar zeker een extra positie voor ingeruimd. Daarbij gaat het om aanbieders tot een bedrag van 5 miljoen. Als er nieuwe klanten komen, passen we de maandelijkse bevoorschotting daarop aan. Daarmee lopen we vooruit op het nieuwe systeem.
In het kader van de administratieve lasten: bij inkoop kan worden bekeken welke zaken nog kunnen afvallen. Voor de inkoop an sich vragen we zo weinig mogelijk. Als zaken al bekend zijn, halen we die op. Bij de keten van Wlz tot verzekeraars moeten we zeker de gemeenten niet vergeten. In de verantwoording zijn er nog flinke slagen te maken.
Wat de wachtlijsten betreft, zijn er verschillende categorieën te bedenken. Crisisgevallen worden binnen een of twee dagen geplaatst. Bij de actief wachtenden, dus mensen die meteen opgenomen willen worden, wordt bekeken of ze in de regio kunnen worden geplaatst. Verder belt VGZ 5% van de klanten die op de wachtlijst staan om te vragen of ze nog willen wachten. Wij vinden dat we een adviserende, helpende rol hebben richting cliënten.

De heer **Bisschop** (SGP): In het vorige gesprek kwam een voorbeeld van mevrouw Vriens voorbij: er meldt zich een cliënt, aan wie gevraagd moet worden waar deze verzekerd is. Soms is het plafond bereikt en kan die cliënt niet worden toegelaten. Dat heeft dan toch niets meer met cliëntvolgend en de keuzevrijheid van de cliënt te maken?

De heer **Kox**: Er zijn twee verschillende dingen te onderscheiden. Dit is een voorbeeld uit de wijkverpleging. In de Wlz regelt een Wlz-uitvoerder het voor een bepaalde regio. Daar hebben we dus niets te maken met vier of vijf verschillende verzekeraars. Ik kan niet in detail vertellen hoe VGZ daarbij handelt. Wel kan ik zeggen dat er in het kader van cliëntvolgendheid een aparte passage is opgenomen voor de kleine zorgaanbieders. Voor 2017 zal daar een aanpassing van het beleid plaatsvinden.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Voorzitter. Ik heb twee vragen. De eerste wil ik stellen aan de heren Kox en Barschot en gaat over het pgb en de persoonsvolgende bekostiging. Ik vond het voorbeeld van de heer Kox erg mooi: bij sommigen gaat het niet om het instrument pgb, maar om de keuze voor de zorginstelling. Als het gaat om de persoonsvolgende bekostiging, kun je dat natuurlijk ook stellen. Ik vraag me af of het niet te veel een systeemdiscussie wordt. Uiteindelijk willen mensen namelijk gewoon kwalitatief goede zorg. Wat is volgens de genoemde heren het verschil tussen persoonsvolgende bekostiging en het pgb aan de ene kant en de doelstelling aan de andere kant?
Mijn tweede vraag wil ik stellen aan de heren Gerrits en Kox, althans aan degene die zich het meest aangesproken voelt. Als een zorginstelling zich aanbiedt, kijken we naar de toegevoegde waarde, zeggen beide heren. Hoe wordt bepaald wat die toegevoegde waarde is?

De **voorzitter**: Voor de helderheid: de heer Gerrits van Zilveren Kruis sprak inderdaad over de toegevoegde waarde. De eerste vraag, begrijp ik, stelde u aan de heren Kox en Barschot. We beginnen met de heer Barschot.

De heer **Barschot**: Die vraag gaat over het verschil tussen pgb en persoonsvolgende bekostiging. Als we het goed organiseren, wordt dat verschil heel erg klein. Ik herken het beeld dat mensen niet voor een instrument, maar voor zorg die hen aanspreekt kiezen. Om mensen te kunnen laten kiezen, moet je ze macht geven. Die macht is in het pgb heel duidelijk: ik betaal, dus ik bepaal. Die macht ligt in zorg in natura nog erg moeilijk. Daarin zou de persoonsgebonden bekostiging heel goed kunnen passen. Mensen moeten zelf kunnen beslissen. Diversiteit is daarbij erg belangrijk. Je hebt de financiële eindverantwoordelijkheid nodig. Dat is in het pgb heel duidelijk geregeld en wat mij betreft wordt dat in de persoonsvolgende bekostiging ook heel duidelijk geregeld. Maar je moet ook kunnen kiezen. Die twee elementen moeten heel goed worden geregeld. Dat kan via de aangekondigde experimenten in de persoonsvolgende bekostiging en de inkoop van de Wlz heel goed geregeld worden. Ik hoop dat we die kant opgaan. We moeten daarbij niet alleen kijken naar het aanbod, maar ook naar de beslissingsbevoegdheid van cliënten. Gaan we de eigen regie daadwerkelijk inbrengen in het zorg-in-naturasysteem?

De heer **Kox**: In gesprekken met VWS door het jaar heen stellen wij de vraag of de systeemwijziging wel nodig is. Dat kost namelijk veel tijd en energie. Cliënten gaat het inderdaad om goede zorg en om keuzemogelijkheden. Verbeteringen voor de cliënten moeten beter worden ingepast in het systeem. Ik ben erg benieuwd wat de experimenten opleveren. Ook binnen de huidige zorg in natura kun je volgens mij een heel stel afspraken maken, inclusief wat meer regie bij de cliënt.

De heer **Gerrits**: Wat ik beoogd heb te zeggen over meerwaarde is dat we bij het besluit om nieuwe aanbieders te laten toetreden, kijken naar de toegevoegde waarde van het aanbod ten opzichte van het al bestaande aanbod. We kijken of er een leemte is. Die leemte kan geografisch zijn, maar er kan ook een leemte ten aanzien van bepaalde doelgroepen zijn. Als een aanbieder zich wil richten op zorg die al voldoende aanwezig is in een regio en klanten zijn er tevreden over, is het de vraag of het verstandig is om overcapaciteit te creëren. Dat bedoelde ik met mijn opmerking over «toegevoegde waarde». Dat is wat anders dan een situatie waarin een organisatie op dit moment pgb-gefinancierd is en dus blijkbaar toegevoegde waarde heeft voor cliënten. Met die organisatie gaan we in gesprek of diezelfde instellingen via zorg in natura kunnen worden gecontracteerd. Ze hebben immers bewezen een toegevoegde

waarde voor cliënten te hebben. Daarmee voeren we zoals gezegd gesprekken.

Mevrouw **Bergkamp** (D66): Als er wachtlijsten zijn, is dat een indicator dat er behoefte is bij mensen aan zorg door de instellingen waar die wachtlijsten bestaan. In hoeverre ziet u dat als toegevoegde waarde?

De heer **Gerrits**: Wachtlijsten zijn een van de instrumenten om vast te stellen of er sprake is van een leemte of niet. Je zou ook moeten kijken wat de aard van de wachtlijsten is. Zijn het mensen die actief direct moeten worden opgenomen of zijn het mensen die niet direct zorg nodig hebben, maar die zichzelf voor de toekomst op de wachtlijst hebben geplaatst?

De **voorzitter**: De heer Potters zet zijn vervolgvraag in.

De heer **Potters** (VVD): Hier gaat het wel om. We gaan in mijn beleving naar een zorgstelsel 2.0, dat cliëntvolgend is en waarin inderdaad, weliswaar met belastinggeld, de wens van de cliënt centraal komt te staan. Kleinschalige zorg is de wens van de toekomst. Dat zien we overal. Nu hoor ik vooral zeggen dat als de markt het toelaat en er een toegevoegde waarde is, bekeken gaat worden of we kleinschalige zorg of een aanbieder van buiten toevoegen. Ik zou het helemaal niet raar vinden als concurrentie gaat ontstaan tussen misschien kleinschalige zorg die zelf georganiseerd is en wat grotere instellingen. Dan gaat de cliënt namelijk de keuze maken en in het kader van persoonsvolgende bekostiging misschien liever naar iemand anders toe. Dit klinkt toch een beetje als een marktmonopolie, als een old boys network. Zo'n gevoel heb ik erbij. Men wil wel iets toelaten, maar het moet wel kunnen binnen het systeem dat wij kennen. Volgens mij willen we juist naar een systeem waarin de wens van de cliënt centraal staat. Dan kan weleens wat concurrentie in de regio ontstaan, maar als wij dat niet toestaan, krijgen we nooit de verandering die we willen. Is dat wat de heer Gerrits zegt? Dat zou mij toch wel hogelijk verbazen.

De heer **Gerrits**: Misschien komt het zo over, maar dat is helemaal niet wat ik zeg. Ik zeg dat wij wel degelijk rekening houden met wachtlijsten die er zijn. Die zijn namelijk een indicatie dat er vraag is naar die zorg. Wij bieden wel degelijk ruimte aan nieuwe aanbieders. Ik geef alleen aan dat wij wel kijken in welke mate een nieuw te starten aanbieder voorziet in de vraag en of daar behoefte aan is.

De heer **Barschot**: Deze vraag is alleen relevant in het huidige systeem met toegewezen budgetten. Als je dat loslaat, is er geen enkel bezwaar tegen om een nieuwe aanbieder die wat voor plan dan ook heeft, te contracteren voor nul uren. Als er geen vraag naar is, heeft hij gewoon vette pech. Dan is hij zijn investering en positie kwijt. Het is dus nodig om die dynamiek toe te laten. Die dynamiek wordt nu beperkt door de toegewezen budgetten. Daardoor krijg je die herverdelingen, etc., etc. Dat laat je los bij de cliëntvolgende financiering. Niemand krijgt een budget, iedereen kan zijn eigen aanbod verzorgen. De slechte vallen weg, de goede groeien en overleven. Dat is precies waar wij naartoe moeten.

De heer **Pons**: Vroeger zetten we al die budgetten weg. Dan hadden de bestaande aanbieders een garantie dat zij weer hetzelfde konden doen. Dat systeem bestaat allang niet meer. Wij hebben nu allemaal een volumegarantie van 80%, soms 85% en soms 90%. Het is een beetje afhankelijk van de sector. Er is dus voldoende ruimte voor een geld-volgt-klantprincipe. Als een andere aanbieder toch klanten trekt, is er ruimte om die te financieren. Bovendien vind ik – ik ben dat niet helemaal met de

heer Gerrits eens – dat niet wij als verzekeraar/zorgkantoor de meerwaarde moeten bepalen; de klant bepaalt die. Als de klant bijvoorbeeld op basis van een identiteit, cultuur of wat dan ook graag een andere aanbieder wil die kwalitatief voldoet aan de eisen die wij dan nog wel hanteren, vind ik dat prima.

De heer **Kox**: Daar begon ik de position paper mee. VGZ stelt dat ook. Onder de wet- en regelgeving van de AWBZ toetsten wij als zorgkantoor inderdaad wat de toegevoegde waarde was. Onder de Wlz laten we die toetsing over aan de klanten. Zoals de heer Pons aangeeft, wordt aan het begin van het jaar een volumeafspraak gemaakt van 80% of 90%. Die is in dit systeem bedoeld om ervoor te zorgen dat het geld niet al helemaal is herverdeeld, als klanten voor een andere aanbieder kiezen. Daarop kunnen wij de bevoorschotting van de aanbieders aanpassen.
Ik heb twee voorbeelden dat wij nieuwe aanbieders hebben laten toetreden. Dat is Dagelijks Leven, in vijf gemeenten in Nederland, en de Leyhoeve in Tilburg. Daar kreeg je als compliment van de grote andere aanbieders, van de medewerkers die er werkten, dat zij ze allemaal een Leyhoeve gunden. Waarom? Omdat ze daardoor dan ook zelf die kwaliteit omhoog moesten brengen in de eigen grote of kleine dingen. Wij hebben daarin zeker geïnvesteerd. De toets ligt binnen de Wlz bij de cliënt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ik werd net als mevrouw Bergkamp getriggerd door het voorbeeld van de heer Kox in zijn inleiding over mensen die kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder, maar die gedwongen worden om dit via een pgb te doen omdat die aanbieder niet gecontracteerd is. In dit voorbeeld is het opgelost. Daar ben ik heel erg blij mee. Maar dit is toch juist ook een pleidooi om grotere stappen te zetten bij die patiëntvolgende bekostiging? Dat is toch de beste manier om ervoor te zorgen dat mensen daadwerkelijk een zorgaanbieder kunnen kiezen? Nu is er de situatie van aan de ene kant instellingen waarvoor een wachtlijst is en aan de andere misschien ook instellingen waar gevreesd wordt voor overcapaciteit. Op het moment dat de bekostiging patiëntvolgend is, is het echt op maat. Ik wil weten waar de vrees zit bij de patiëntvolgende bekostiging. Ik hoorde eerder de heer Gerrits zeggen dat er ook risico's zitten aan patiëntvolgende bekostiging. Waar zitten die risico's dan? Ik word eigenlijk alleen maar weer bevestigd in mijn opvatting dat we met de Wet langdurige zorg een kans hebben laten schieten om echt de stap naar patiëntvolgende bekostiging te zetten. Het is alleen maar een experiment, meer niet.

De heer **Gerrits**: Zoals de heer Pons van DSW in het begin zei, is het belangrijk om te kijken wat de impact is op bestaande infrastructuur die nodig is om de zorgplicht in de lucht te houden. Er zijn ook risico's voor kleine aanbieders. Het is al over tafel gekomen. Er hebben aanbieders gezegd: we kiezen ervoor en als ik onvoldoende in trek ben, is dat zo en heb ik blijkbaar geen toegevoegde waarde. Een dynamiek waarbij je een aantal mensen in huis hebt, waarbij twee, drie mensen weggaan en twee, drie mensen erbij komen, kan impactvol zijn voor aanbieders. Het is belangrijk om die bewegingen met elkaar te volgen. Ik ben het er helemaal mee eens dat wij een echte kans hebben om cliëntvolgendheid in de Wlz een belangrijke plek te geven. Wat mijn collega's hiervoor ook zeiden, de beweging waarin een belangrijk deel van het budget niet initieel wordt uitgezet en waarin de middelen gedurende het jaar worden herverdeeld op basis van een geld-volgt-klantprincipe, waarbij echt gekeken wordt waarvoor de klanten kiezen, is een belangrijke stap. Ik denk dat er de komende jaren nog veel stappen te zetten zijn. Zoals ik al eerder zei: wij zullen in ons beleid voor 2017 een volgende stap zetten om het geld-volgt-klantprincipe meer ruimte te geven.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Daar ben ik natuurlijk heel erg blij mee. Ik zie inderdaad ook wel het risico dat er zorgaanbieder zullen omvallen. Tegelijkertijd denk ik wel: de zorgaanbieder is er voor de cliënt en niet andersom. Het is dus wel een risico, maar dat is volgens mij concurrentie op kwaliteit en niet op prijs. Maar goed, dit is meer een statement dan een vraag.
Voorzitter. Ik moet zo helaas weg, omdat ik om 12.30 uur ergens anders had moeten zijn.

De **voorzitter**: Oké. Het is inderdaad een statement dat u maakt en de heer Barschot wil daarover nog wat zeggen. Je ziet nu de zorgkantoren een beetje worstelen met een zorgplicht. Die hebben nu in de Wet langdurige zorg een plicht om zorg te regelen. Op het moment dat je alle aanbieders vrij laat en de cliënt daarvoor kan kiezen, heeft dat vanuit cliëntperspectief heel veel voordelen, maar wat doe je met zorginstellingen die half leeg komen te staan? Daarvoor heb je ook een zorgplicht. Ik snap dat het misschien nog wat meer consequenties heeft, ook voor hoe wij het ingericht hebben, dan zo bij de eerste oogopslag. De mensen op de publieke tribune en anders misschien de mensen thuis hoorden misschien «experiment», «Wlz». In de Wet langdurige zorg hebben wij dankzij een amendement van CDA en VVD, dat breed werd gesteund in de Kamer, aangegeven dat wij met het instrument van persoonsvolgende bekostiging in ieder geval willen experimenteren.

De heer **Barschot**: Ik snap de zorg, maar er zitten wel grenzen aan. Ik wil daar een paar dingen over zeggen. Wat de zorgplicht betreft heb ik mijn buurman horen zeggen dat wij niet zonder een instelling als Careyn kunnen en dat wij een wegvallen daarvan nu eenmaal niet met kleinschalige spelers kunnen oplossen. Ik snap dat. De andere kant van dezelfde redenering is dat wij ervoor moeten zorgen dat er geen spelers zijn zoals Careyn, die zo groot zijn dat wij ze niet kunnen missen. Dat betekent namelijk dat wij ze altijd ter wille moeten zijn. Dat hebben wij wel georganiseerd in de AWBZ. Of het nu op regionaal gebied is of in bepaalde niches, er zijn overal instellingen die too big to fail zijn. Wij kunnen niet zonder. Dat hindert de dynamiek in het stelsel. Je hoeft er niet morgen mee te beginnen, maar uiteindelijk moet je wel naar een systeem waarin je iedereen die je contracteert, kunt missen. Je moet naar een systeem waarin iedereen die wegvalt, kan worden opgevangen door de rest en waarin niemand te groot is om te kunnen missen. Vervolgens wordt vanuit de klassieke ABWZ-gedachte gezegd dat je overcapaciteit organiseert als je iedereen contracteert en dat overcapaciteit leidt tot uit de hand lopende kosten. Dat is een foute redenering. Overcapaciteit hebben we nodig, want schaarse leidt tot uit de hand lopende kosten. Schaarse is duur en dan krijg je inderdaad een Careyn die je niet kunt missen. Wij moeten dus overcapaciteit organiseren. Wij moeten die wel organiseren, maar niet contracteren. Dat betekent dat er altijd reservecapaciteit in de markt is. Als er iemand omvalt, neemt een ander het over. Het is dan ook niet zo'n ramp als er iemand omvalt. Sterker nog, ik zou bijna zeggen: laat het alsjeblieft gebeuren. Op het moment dat ook bij heel grote spelers duidelijk wordt dat je kunt omvallen, word je veel scherper in het ervoor zorgen dat je niet omvalt. Je kunt dan namelijk niet bij het zorgkantoor je handje ophouden en zeggen dat je niet gemist kunt worden en vragen om er alsjeblieft een beetje geld bij te doen. Dat is een inefficiencybonus die wij uitdelen.

De **voorzitter**: Dat is nogal een statement dat u maakt. Ik zou mij zomaar kunnen voorstellen dat er politieke debatten in de Kamer zullen ontstaan op het moment dat de eerste zorgaanbieders gaan omvallen en denken «oeps, dat was toch ook nogal wat». Dus het is nogal een statement.

De heer **Barschot**: Daarom heb ik het statement ook gemaakt.

De **voorzitter**: Ja, u maakt een heel scherp statement. Mevrouw Keijzer krijgt het woord.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Dat is helemaal waar en dat is ook precies de reden waarom wij het zo in de wet opgenomen hebben. Wij realiseren ons ook wel wat hiervan de consequenties zijn.
Ik heb twee punten. Ik hoor net dat men zich er zorgen over maakt dat er inmiddels organisaties zijn die too big to fail zijn, maar door alle regels die we aan elkaar opleggen, is er een noodzaak tot fusie waardoor er weer meer regels komen. Net heeft de sector ons beloofd te komen met allerlei voorstellen voor regels. Ik vraag het ook aan u als zorginkopers, zodat we in ieder geval die deur dicht kunnen doen.
Dan de persoonsvolgende bekostiging. Graag hoor ik van de heren Kox en Gerrits hoe die er bij hun organisaties uitziet. Ik begrijp van de heer Kox dat die in 2016 al is ingevoerd. Van de heer Gerrits begrijp ik dat dit in 2017 gaat gebeuren. Wat verstaan zij daaronder? Ik vrees dat we langs elkaar heen praten en ik zal uitleggen wat ik daarmee bedoel. Als de persoonsvolgende bekostiging is ingevoerd, kan het niet bestaan dat er bij Sint Franciscus, een door ons allen zeer gewaardeerde zorginstelling met prachtige inspectierapporten, sprake is van zowel een wachtlijst als leegstaande kamers. Dat kan niet. Daarom is het zo van belang om te weten wat u verstaat onder persoonsvolgende bekostiging. Als dat namelijk waar is, kom ik met mijn indicatie bij het zorgkantoor en dan zeg ik: hier heb je een goede instelling met lege kamers, mag ik erin? En dan is altijd het verhaal: nee, dat mag niet, want er is een plafond, er zijn budgetten; noem het allemaal maar op. Dus dat is niet eens het omvallen van zorginstellingen die straks geen mensen hebben omdat ze slecht functioneren; dit is de mooie kant van persoonsvolgende bekostiging die nu zelfs niet werkt. Dus wat verstaan de heren Kox en Gerrits onder persoonsvolgende bekostiging, waarvan zij nu net zeggen dat zij die in 2016 al hebben ingevoerd en in 2017 gaan invoeren?

De **voorzitter**: Het zorgkantoor dat over deze zorginstelling gaat, zit nu net niet aan tafel. O, ik vergis me. Toch wel hoor ik.

De heer **Kox**: Ik ken die instelling al dertien jaar! Dus ...

De **voorzitter**: Maar de vraag van mevrouw Keijzer is natuurlijk wel terecht. Wat verstaat u nu precies onder de cliëntvolgende elementen in de bekostigingsinbreng? Dat is natuurlijk iets anders dan de persoonsvolgende bekostiging, die in haar meest radicale variant in het eerste blok aan de orde is geweest. Hoe gaat dat in dit soort concrete situaties? Het hoeft natuurlijk niet specifiek alleen over Sint Franciscus te gaan. Hoe gaan we om met dergelijke situaties?

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Die situaties spelen overal. Dit is nu toevallig Gilze en betreft het dit zorgkantoor, maar het kan net zo goed Achmea, DSW of een andere instelling zijn.

De heer **Kox:** Er zijn twee vragen gesteld. De eerste gaat over de persoonsvolgende bekostiging. In antwoord op een vraag van de heer Bisschop is aangegeven wat VGZ in 2016 al deed vooruitlopend op de persoonsvolgende bekostiging. Ik heb gezegd dat wij maandelijks de bevoorschotting bij aanbieders aanpassen. Wij hebben aan het begin van het jaar afspraken gemaakt over een volumegarantie van 90%. Wij hebben afgesproken dat wij, zeker bij de kleine aanbieders, als daarvan wordt afgeweken betalen voor de cliënten die er zitten. Dat was mijn antwoord

op het eerste stukje over persoonsvolgende bekostiging dat wij hebben ingevuld.
Op het tweede punt wil ik heel graag ingaan. Ik zit dertien jaar in de regio. Dus ik ken de instelling Sint Franciscus heel goed, maar ik zal de vraag wat breder beantwoorden. VGZ spreekt minimaal twee tot drie keer per jaar met de aanbieders, kijkt naar wachtlijsten, naar kwaliteit en bekijkt hoe het opgepakt kan worden. Ik heb regelmatig gesprekken daarover met de bestuurders. Afgelopen jaar zijn er fatsoenlijke prijzen afgesproken. Wij bekijken met elkaar de wachtlijsten en hoe we daar invulling aan kunnen geven. Er wordt nu gelachen, maar het beeld van wachtlijsten en lege kamers ligt wel wat genuanceerder. Ik zou u graag willen uitnodigen om eens bij de instelling te gaan kijken. Dan kunt u zien dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd met te weinig management. Ik zit zelf in de regio, dus het is voor mij een thuiswedstrijd. Het is een voorbeeld van kleinschalige zorg, op iets grotere schaal dan de instellingen met 20 of 40 plekken. Daar zijn er 100 of iets meer. De kwaliteit van de instelling is heel goed. We zijn er als zorgkantoren trots op dat we die zorg contracteren voor de cliënten in de regio en ook voor de gemeente Gilze. De problematiek ligt dus genuanceerder. We zijn hierover met de besturen in gesprek.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Ik hoor de heer Kox heel voorzichtig formuleren en ik snap het ook wel een beetje. Volgens mij komt het hier aan op wat het in essentie betekent in de praktijk. U heeft te maken met volwassen politici die zich ook realiseren dat er budgetconsequenties volgen uit de keuzes die we maken. Is dat een reden waarom in zo'n voorbeeld van een wachtlijst, lege kamers en kwaliteit het toch niet lukt om iemand persoonsvolgend zo'n kamer te laten betrekken? Dan snap ik het tenminste. Dan hebben we namelijk ook meteen een van de problemen te pakken die uit die persoonsvolgende bekostiging volgen, namelijk hoe je moet voorkomen dat op een gegeven moment het complete budget uit de hand loopt. Ik stel deze vraag niet om u of de heer Gerrits in een vervelend parket te brengen, maar om te begrijpen wat u verstaat onder persoonsvolgende bekostiging en wat er nu in de weg staat om tegen mensen die op een wachtlijst staan voor een goed functionerend verpleeghuis met lege kamers te kunnen zeggen: u kunt de kamer betrekken.

De heer **Kox**: Ik trek het breder. De grootste zorg bij de invoering van de persoonsvolgende bekostiging is of er door de politiek voldoende budget ter beschikking wordt gesteld. Er staat voor 2017 nog een bezuiniging van 500 miljoen op de rol. Dan zijn het wat mij betreft wel heel moeilijke puzzelstukken om uit te zoeken waar je dan niet kunt leveren.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): In die gevallen komt het er gewoon op neer dat er onvoldoende geld is.

De heer **Kox**: Dat is te kort door de bocht. U vroeg of de invoering van de persoonsvolgende bekostiging risico's of knelpunten met zich brengt. Daarop zeg ik dat u als politiek er in ieder geval voor moet zorgen dat er voldoende geld is om dat te faciliteren. Dat is mijn antwoord.

De **voorzitter**: Ik had het woord aan de heer Potters willen geven, maar ik zie dat de heer Gerrits zit te popelen om hier ook iets over op te merken.

De heer **Gerrits**: Er is opgeroepen om gezamenlijk naar de administratieve lasten te kijken. Hoe kunnen we dat doen? Ik heb al gezegd dat je dit alleen maar met elkaar kunt doen. We hebben dat bij de huisartsen en ook op andere vlakken gezien. We doen daar heel graag aan mee.

Hoe werkt de persoonsvolgendheid binnen het systeem dat wij nu hanteren binnen de Wlz? In 2016 hanteren we het principe van «geld volgt klant» bij de herverdeling van middelen. Een deel van de middelen wordt niet uitgezet en vervolgens kijken we waar de klanten gebruik van maken. Dat is natuurlijk geen pure persoonsvolgende bekostiging, maar daar gaan we komend jaar een experiment mee doen in twee regio's. Dat doen we in 2016 voor het volledig pakket thuis, het modulair pakket thuis en de behandeling modulaire pakket thuis. In 2017 gaan we daar een stap verder in zetten. We doen dat in 2016 wel degelijk op onderdelen van de zorg die op grond van de Wlz geleverd wordt. Wij gaan daar nog een stap verder in zetten. Bij het principe van «geld volgt klant» binnen de herverdeling van middelen wordt niet het volledige budget uitgezet, maar wordt 20% achter de hand gehouden. Dat wordt herverdeeld op basis van de keuze van cliënten.

De heer **Potters** (VVD): Goed om te horen dat zo veel van mijn collega's voor persoonsvolgende bekostiging zijn. Het gaat niet om stelsels. Wij moeten oppassen dat wij niet van de ene stelseldiscussie in de andere vervallen. Daar gaat het mij in ieder geval niet om. We hebben de klassieke wat meer aanbodgerichte zorg die wordt gecontracteerd via bestaande budgetten. De cliënten moeten dan kijken wat bij zijn of haar wensen aansluit. In de huidige samenleving zijn er veel bewuste ouderen die de regie veel meer in eigen hand willen hebben en die kiezen voor kleinschaliger zorg. Dat betekent dat wij ook onze vinger achter de bekostiging willen krijgen. Ik snap alle zorgen over de bestaande infrastructuur, afschrijving en dat soort dingen. Het lijkt er echter wel een beetje op dat wij vanaf deze kant van de tafel tegen jullie zeggen: zet echt in op persoonsvolgende bekostiging, zonder daarmee meteen het hele stelsel onderuit te trekken. Dat risico is er. Vanaf de andere kant van de tafel wordt na wat duwen en trekken gezegd: wij willen wel wat stapjes zetten.
Ik wil niet zozeer een reactie als wel een commitment los van wat de politiek doet. Als die 500 miljoen niet doorgaat, zou u vol voor de persoonsvolgende bekostiging moeten gaan, maar volgens mij was dat niet uw antwoord. Het gaat mij echt om een commitment, ook ten opzichte van de kleinschalige aanbieders. Ik wil horen dat u echt die stap naar de toekomst gaat zetten. Ik snap voor een deel dat u bij problemen met de huidige infrastructuur bij de politiek wilt kunnen aankloppen. Als we niet met z'n allen dat commitment hebben en die stap voorwaarts zetten, dan zitten wij eigenlijk allebei aan het andere eind van het touw te trekken. Dat zou heel erg jammer zijn. Ik proef dat de politiek echt deze kant op wil en daar hebben wij jullie bij nodig. Wij kunnen van alles willen, maar als het in de praktijk niet wordt uitgevoerd, zal het niet werken. Ik vraag commitment voor de persoonsvolgende bekostiging als vorm om veel meer te kunnen kijken naar wat de cliënt wil. Zouden jullie daar ieder voor zich ja op kunnen zeggen?

De **voorzitter**: Als voorzitter heb ik de behoefte om even een klein tussenstapje te maken. We zijn hier geen zaken aan het doen. Het is de politiek die op een gegeven moment aangeeft op welke manier volgens haar zorg ingekocht moet worden. Laat ik het voor deze kant van de tafel als volgt formuleren. Een commitment vragen gaat wel wat ver. Er kan wel gevraagd worden welke stappen van de politiek nodig zijn om vervolgstappen te kunnen zetten. Ik durf geen ja of nee te vragen. Dat zou een beetje ver gaan.

Mevrouw **Keijzer** (CDA): Voorzitter. Een punt van orde. Volgens mij kunnen wij vragen wat wij willen. Daar zitten vier stevige mannen die zelf over hun eigen antwoord gaan.

De **voorzitter**: Zeker, maar in mijn rol als voorzitter moet ik oppassen dat de andere kant van de tafel niet wordt gedwongen om een aantal soms politieke uitspraken te doen, terwijl dat onze rol is. Deze heren zijn prima in staat om hun eigen antwoorden te geven. Ik wil alleen aangeven dat zij daar niet toe gedwongen zijn.

De heer **Gerrits**: Dank voor de waarschuwing. Ik wil vooral reageren op het eerste deel van de intro van de heer Rutte. Ik werd net expliciet naar de risico's gevraagd. Dan noem ik die, maar dat wil niet zeggen dat wij de voordelen van cliëntvolgendheid in welke vorm dan ook niet heel nadrukkelijk zien. Ik wil dat nog even benadrukken. Dat wij nu al experimenten hebben uitgewerkt en zijn gestart, laat zien met welk commitment wij de mogelijkheden willen onderzoeken.

De heer **Kox**: VGZ ziet ook voordelen in de cliëntvolgendheid. Op dit ogenblik is er vanwege de risico's landelijk afgesproken om hier via enkele experimenten naar te kijken. Wij zullen daar zeker stappen in zetten maar VGZ zit niet in de experimenten.

De heer **Barschot**: Bij VGZ is natuurlijk geen inkoper. Ik kan me dus niet committeren aan de inkoop, maar ik kan me wel zeer committeren aan wat wij wel kunnen doen. Ik zit sterk op het trekkingsrecht pgb. Dit trekkingsrecht maakt zeer goed zichtbaar hoe groot het gedwongen pgb-gebruik is; dat moeten wij niet vergeten. Het noodgedwongen pgb-gebruik is tegelijkertijd het bewijs van het te smalle inkoopkader in de Wlz, zij het overigens niet alleen in de Wlz. Ook de Wmo, de Zvw en niet te vergeten de Jeugdwet spelen daarin mee. Wat ik wel wil doen, en wat ik al aan het doen ben, is met zowel de zorgkantoren en de zorgverzekeraars als het ministerie bekijken hoe wij inzichtelijk krijgen waar de grenzen liggen. Waar liggen de problemen en hoe lossen wij die op? Welke zijn belangrijk, over welke moeten wij nog eens nadenken en waar poetsen wij ze weg? Ik heb dat gesprek met VGZ al eens gevoerd, ook in ZN-verband, evenals met het ministerie. Daaraan willen wij alle mogelijke medewerking verlenen.

De heer **Pons**: Cliëntvolgendheid doen we eigenlijk al een behoorlijke tijd. De invoering van de zzp's is daarvan een voorbeeld. Vroeger kreeg een instelling een budget waarvan ze alles moest doen, ook de ingewikkelde dingen. Zo'n instelling was altijd blij als ze ook wat minder ingewikkelde dingen had. Dat is natuurlijk veranderd. Het pgb is daarvan een heel ver doorgevoerd onderdeel. Wij zien daarvan heel veel voordelen, want met name in de gehandicaptenzorg is het natuurlijk een zegen dat men die zelf kan regelen. Er moeten alleen heel duidelijke randvoorwaarden zijn, zodat men echt de regie kan voeren; men is tenslotte werkgever. Daarover hebben wij in het huisbezoekentraject en in het hele trekkingsrechtenverhaal al een heleboel gezegd, maar er zal nog een heleboel over gezegd worden. Ik vind dat er ook iets bij ons als verzekeraars/zorgkantoren ligt. Wij hebben wel rigide systemen met plafonds. Als die bereikt zijn, stopt men met produceren, want dan wordt het niet meer betaald. Zo'n plafond is natuurlijk iets fictiefs, vind ik. Je moet dat niet rigide zien. Als er daarboven echte, reële productie geleverd wordt, moet je als verzekeraar kunnen zeggen: dan betaal ik daar een substantieel deel van. Wij moeten dus ook naar een andere wereld toe. Dit is even een tijdelijk deksel dat we er allemaal op doen om het een beetje behapbaar te maken, maar we moeten straks echt naar een financiering van echte, reële productie toe. Dat geldt ook voor de gemeenten. Daar hebben wij ook gezien dat er soms dumptarieven zijn berekend, waardoor de huishoudelijke zorg helemaal niet meer te doen was en die alleen maar verlieslatend was. De financiers hebben duidelijk een verantwoordelijkheid en moeten hieraan

ook een steentje bijdragen. De hand in eigen boezem is zo nu en dan ook handig.

De **voorzitter**: Zeker. Ik kijk naar de klok. Het is bijna 12.55 uur en wij moeten om 13.00 uur deze zaal uit. De vragen die ik zelf had, zijn eigenlijk door veel van mijn collega's al gesteld. Ik lever mijn beurt bij dezen dan maar in.
Wat ik aan het eind van het eerste blok zei, geldt nu weer. Zowel het eerste blok, met kleinschalige zorgaanbieders, alsook het blok met zorginkopers alsmede de branchevereniging levert heel veel nuttig materiaal en bouwstenen op waarmee wij als politiek weer verdergaan. Diverse elementen daarin delen wij al lange tijd met elkaar, zoals de aanpak van de administratievelastendruk. Ook de mogelijkheid van de algemene maatregel van bestuur is aan de orde geweest, zeker in het eerste blok, evenals het experiment met de persoonsvolgende bekostiging. In een algemeen overleg zullen wij al deze elementen laten terugkomen.
Nog los van het instrument dat wij kiezen om iets te bekostigen, moeten wij natuurlijk rekening houden met de eisen die wij aan een aanbieder stellen om toegelaten te worden, een soort accreditatietoets. Dat kwam in dit blok goed aan de orde, maar het is in het eerste blok ook ter sprake geweest. Daarbij zou je ook nog verschil kunnen maken tussen groot en klein. De cliëntenraad is een mooi voorbeeld daarbij; of gaat het om cliënteninspraak? Ook dat soort elementen komt daarbij zeker nog aan de orde.
Ik dank de sprekers voor hun bijdragen. Zoals u gemerkt hebt, brengt het onderwerp aan de kant van de Kamer – dat geldt altijd voor de commissie voor VWS – de nodige emotie met zich mee, maar dat is ook heel mooi. Het gaat immers om kwetsbare mensen en de vraag hoe we ook hun een mooi leven kunnen bieden. Zelfs de publieke tribune deed af en toe mee met instemming of liet het merken wanneer men het er niet zo mee eens was. Dat is voor ons allemaal heel herkenbaar, zoals u hebt ervaren. Ik dank u daarvoor. Als het ons lukt om binnen vijf minuten deze zaal te verlaten, kan de volgende commissie weer keurig om 13.00 uur beginnen.

Sluiting 13.00 uur.